

秋 田 県 農 業 共 済 組 合
令 和 8 年 度 診 療 職 員 採 用 試 験 受 験 申 込 書

令 和 年 月 日

秋 田 県 農 業 共 済 組 合 長 様

貴 組 合 実 施 の 診 療 職 員 採 用 試 験 を 受 験 し た い の で、申 込 み し ま す。

住 所

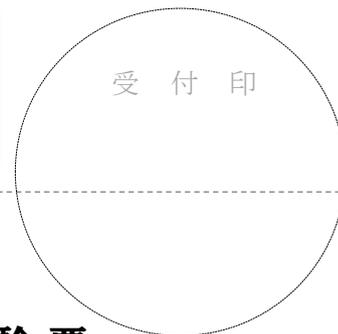
氏 名

印

【添付書類】

1. 履歴書
2. 卒業見込証明書
3. 成績証明書
4. 受験票返信用封筒

受付番号



秋 田 県 農 業 共 済 組 合
令 和 8 年 度 診 療 職 員 採 用 試 験 受 験 票

受験番号	氏 名

(写真貼付欄)

3 カ月以内に撮影
正面, 上半身, 無帽
縦 4 cm × 横 3 cm

令 和 年 月 撮 影

- 【試験日時】 令和 8 年 7 月 3 日 (金)
受付開始 午前 9 時 0 0 分
試験時間 午前 1 0 時 0 0 分 ~ 1 2 時 0 0 分
- 【試験会場】 秋 田 県 農 業 共 済 組 合 (秋 田 市 中 通 三 丁 目 4 番 5 0 号)