

# 受 験 票

職 種 職業能力開発職（施設募集経験者採用）

応 募 職 種

※各自ご記入願います。

受 験 番 号

※当機構が記入します。

氏 名

※各自ご記入願います。

第 一 次 試 験 会 場 加古川訓練センター

## 〔注意事項〕

- (1) 一次試験は指定した時間までに試験会場に入室ください。
- (2) 試験当日は本票のほか、筆記用具（鉛筆又はシャープペンシル、消しゴム）を持参ください。
- (3) 受験のための交通費、宿泊費等は支給いたしません。
- (4) 試験当日の緊急の連絡は、TEL (079) 431-2516（加古川訓練センター）へお願いします。
- (5) 一次試験の結果については、試験実施後概ね10日後通知する予定です。
- (6) 試験中における本人の過失に伴う事故、怪我等につきましては、受験者本人の責任となりますので、予めご了承ください。