

北九州市立病院職員採用試験結果照会書

北九州市立病院機構理事長 様

私は、下記の試験における私の得点及び総合順位について照会します。

記

申 出 年 月 日	年 月 日
試 験 区 分	
受 験 番 号	
フリガナ	
氏 名	
住 所	〒 (TEL)

(枠の中を記入し、氏名欄に押印してください。)

※ 必ず裏面の「要領」を読んで記入してください。

試験結果照会申出要領

試験の**不合格者**に対し、その不合格者から申出があった場合、不合格となった試験の「得点・総合順位」について、結果を通知します。

- 1 申出は、この試験結果照会書に必要事項を記入の上、本人確認のため必要な下記の必要書類を同封し、392円切手を貼ったあて先（照会書の住所と同じ住所）明記の返信用封筒（長形3号）を同封して郵送してください。

* 本人確認のための必要書類

- ① 受験票
- ② 本人を確認できる証明書のコピー
（証明書の例）健康保険被保険者証、運転免許証、学生証、社員証等

- 2 申出期間は、合格者発表の日の翌日から1月間です。
- 3 受験者本人以外からの申出はできません。
- 4 申出先及び問合せ先

〒803-8501 北九州市小倉北区内1番1号
（北九州市役所10階）

北九州市立病院機構本部 人事給与課
TEL 093-582-3054