



成績照会書

私は、2024年度（令和6年度）に行われた、次の職員採用候補者試験の成績を照会します。

請求年月日	年 月 日
試験日	2024年（令和6年）10月19日
受験職種	言語聴覚士
受験番号	
名前	

請求要領

- 1 請求できる人 職員採用候補者試験の**不合格者**（不合格を確認した後請求してください。）
※ 受験者本人以外からの請求はできません。
- 2 受付期間 合格発表日から起算して1か月間（当日消印有効）
- 3 請求方法
 - (1) 成績照会書の**太枠**で囲まれた部分に必要な事項を**自書**（該当する□にレ印を記入）してください。
 - (2) 記入済みの成績照会書に、**長形3号（12 cm×23.5 cm）の返信用封筒**（郵便番号・住所・名前を明記し、**110円切手を貼ったもの**）を添えて、病院総務課に請求してください。（郵送で請求する場合は、請求用封筒の表左下に赤字で「成績照会書在中」と書き、封筒裏面に郵便番号、住所、名前を明記してください。）
 - (3) 請求のあった日（郵送の場合は、消印の日付）から起算して1か月以内に、返信用の封筒により成績通知書を返送します。
- 4 注意事項
 - (1) 持参、郵送のいずれの請求方法でも、返信用の封筒は必要です。（なお、成績照会書を提出後に住所を変更した場合は、必ず次の請求・問合せ先へ連絡してください。）
 - (2) 照会の受付期間前や期間経過後の請求はできません。
 - (3) **職員採用候補者試験の合格者は、請求できません。**

請求・問合せ先

福山市民病院 経営企画部 病院総務課

〒721-8511 福山市蔵王町五丁目23番1号

TEL (084) 941-5151