

身体障害者採用選考

平成30年度北九州市職員採用選考結果照会書

北九州市人事委員会 様

私は、下記の選考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	平成 年 月 日
選考の種類	身体障害者採用選考
選考区分	
受験番号	
フリガナ	
氏名	
住所	〒 (TEL)

(枠の中を記入してください。)

※必ず裏面の「選考結果照会申出要領」を読んで記入してください。
※申出期間は、第1次選考不合格者については、第1次選考合格者発表の日の翌日から1月間、第2次選考不合格者については、最終合格者の発表の日の翌日から1月間です。（当日消印有効）