

受付番号

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
言語聴覚士（期限付職員）採用試験受験申込書

私は、地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館職員として採用されることを希望しますので、関係書類を添えて申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな
氏 名

性 別

男 ・ 女

生年月日

昭和 ・ 平成 年 月 日（満 歳）

現 住 所

〒

電話番号

連 絡 先

〒

（現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入）

電話番号

Eメール
アドレス

《添付書類》

- 履歴書（別紙様式に自筆で書いたもので、3か月以内に撮影した写真を貼付したもの。）
- 自己アピールシート（所定様式なし。A4サイズの用紙に1,000字程度のもの。）
- 最終学校の卒業証明書（卒業証書の写し可）又は卒業見込証明書
- 言語聴覚士免許証の写し（免許取得者のみ、A4サイズ）
- 最終学校の成績証明書（免許未取得者のみ、大学院生は大学のもの）