|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 受付番号 |  |
| 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館  令和７年度　看護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A3専用様式に記入し、３か月以内に撮影した写真を貼付したもの）  ○看護師免許証（助産師の場合は助産師免許証）の写し  ○専門看護師・認定看護師認定証（公益社団法人日本看護協会認定）の写し | | | |