受　験　承　諾　書

令和　　　年　　　月　　　日

　地方独立行政法人

　佐賀県医療センター好生館理事長　様

承諾者　医療機関名

病　院　長　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　看護責任者　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者について、貴院看護職員採用試験の受験を承諾します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　　歳） |
| 氏名 |  |