受付番号		受 付 日	

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
令和８年度　歯科衛生士（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期限付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（専用様式あり。３か月以内に撮影した写真を貼付したもの。Ａ３サイズ）

○最終学校の卒業証明書（卒業証書の写し可、Ａ４サイズ）

○歯科衛生士免許証の写し（Ａ４サイズ）