

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 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4年度 薬剤師（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（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サイズ用の紙に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、A4サイズ）又は卒業見込証明書
- 薬剤師免許証の写し（A4サイズ）