|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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７年度　医師事務作業補助員（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（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。）○最終学校の卒業証明書（卒業証書の写し可、Ａ４サイズ）○ドクターズクラーク（医師事務作業補助技能認定試験）合格証の写し（合格者のみ、Ａ４サイズ）○診療情報管理士（診療録管理士）認定証の写し（認定者のみ、Ａ４サイズ） |