|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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） | | | | | |