

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	〒 電話番号 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)
-------	--

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）
- ドクターズブランク（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）