

	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 事務職員（医療ソーシャルワーカー 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） ○社会福祉士登録証の写し（A4サイズ） ○精神保健福祉士登録証の写し（資格取得者のみ、A4サイズ）				