

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 ナースエイド（看護補助者（期限付））
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。A3サイズで作成すること。3か月以内に撮影した写真を貼付）
- 最終学校の卒業証明書（卒業証書の写し可、A4サイズ）
- 介護福祉士登録証の写し（資格取得者のみ、A4サイズ）