

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 年度薬剤師（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。）
- 自己アピールシート（所定様式なし。A 4 サイズの用紙に 1, 000 字程度のもの。）
- 最終学校の卒業証明書（卒業証書の写し可、A 4 サイズ）
- 薬剤師免許証の写し（A 4 サイズ）