

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 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 視能訓練士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期限付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<br>氏 名  |                                            | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日         | 昭和 ・ 平成      年      月      日（満      歳）     |     |       |
| 現 住 所        | 〒<br><br>電話番号                              |     |       |
| 連 絡 先        | 〒<br><br>電話番号<br><br>(現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) |     |       |
| Eメール<br>アドレス |                                            |     |       |

《添付書類》

- 履歴書（別紙専用様式（A3サイズ）に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。A4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、A4サイズ）
- 視能訓練士免許証の写し（A4サイズ）