

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8年度 医師事務作業補助員（係長候補）
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	<p>〒</p> <p>電話番号</p>		
連絡先	<p>〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)</p> <p>電話番号</p>		
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）
- 診療情報管理士（診療録管理士）認定証の写し（A4サイズ）