

受 験 承 諾 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人
佐賀県医療センター好生館 理事長 様

承諾者 医療機関名

病 院 長

印

看護責任者

印

下記の者について、貴院看護職員採用試験の受験を承諾します。

記

ふりがな		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
氏名			