

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	〒 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。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）又は卒業見込証明書
- 薬剤師免許証の写し（免許取得者のみ、A4サイズ）
- 最終学校の成績証明書（免許未取得者のみ、大学院生は大学のもの）