

受付番号	
------	--

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
令和9年度言語聴覚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	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（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）または卒業見込証明書
- 言語聴覚士免許証の写し（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）