

受付番号	
------	--

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
事務職員（医師事務作業補助員・期限付職員）
採用選考試験受験申込書

私は、地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館事務職員（医師事務作業補助員・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。

平成 年 月 日

ふりがな 氏 名		性別	男・女
-------------	--	----	-----

- 添付書類（１）履歴書（A3サイズで印刷）
（２）職務経歴書・・・様式自由
（３）応募資格にある資格証書の写し