

	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
平成 31 (2019) 年度 事務職員 (診療情報管理士) 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。

平成 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	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 電話番号
-------	---------------------------------

Eメール アドレス	
--------------	--

《添付書類》

- 履歴書 (別紙様式に自筆で書いたもので、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) 又は卒業見込証明書
- 診療情報管理士 (診療録管理士) 認定証の写し (認定者のみ、A4サイズ)
- 最終学校の成績証明書 (認定見込みの者のみ、大学院生は大学のもの)