

受付番号	
------	--

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館職員（薬剤師）
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職員（薬剤師）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めます。

平成 年 月 日

ふりがな 氏名		性別	男・女
------------	--	----	-----

添付書類 (1) 履歴書

(2) 自己紹介書…所定様式なし

(3) 最終学校の卒業証明書

※ 薬剤師免許取得者

(4) 薬剤師免許証の写し

※ 薬剤師免許を取得していない者

(4) 第102回薬剤師国家試験受験票の写し