

|      |  |
|------|--|
| 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6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<br>氏      名 |  | 性      別 | 男 ・ 女 |
|------------------|--|----------|-------|

|      |                                        |
|------|----------------------------------------|
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成      年      月      日（満      歳） |
|------|----------------------------------------|

|       |               |
|-------|---------------|
| 現 住 所 | 〒<br><br>電話番号 |
|-------|---------------|

|       |               |
|-------|---------------|
| 連 絡 先 | 〒<br><br>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<br>アドレス |  |
|--------------|--|

《添付書類》

- 履歴書（別添A3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）
- 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）または在学者は成績証明書