

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5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

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。)
- 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)
- 言語聴覚士免許証の写し (免許取得者のみ、A4サイズ)