

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 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
令和7年度 医師事務作業補助員（一般期限付職員）
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（専用様式あり。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）
- 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）