

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6年度 ナースエイド（看護補助者（期限付））  
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	〒 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 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）
- 介護福祉士登録証の写し（資格取得者のみ、A4サイズ）