

受付番号	
------	--

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館事務職員
(診療情報管理士) 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事務職員
(診療情報管理士) 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。

平成 年 月 日

ふりがな 氏 名		性別	男・女
-------------	--	----	-----

- 添付書類 ○履歴書
○最終学校の卒業証明書もしくは卒業見込証明書
※ 「診療情報管理士」認定者
○認定証等の写し
※ 新卒者の場合
○最終学校の成績証明書