|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式７）  **2023年度**  **岩手医科大学附属病院　高度看護研修センター**  **認定看護師教育課程　緩和ケア分野　写真票**   |  |  | | --- | --- | | 受験番号 | ※（記入不要） | | ふりがな |  | | 氏　　名 |  | | ＜所属施設＞  施設名    病院・施設  所在地    都道府県 | ＜写真貼付＞  1. 3ヵ月以内撮影  2. 半身脱帽,正面背景無  3. カラー・白黒不問  4. たて4.0cm、よこ3.0cm  5. 裏面に記名 | |  | **2023年度**  **岩手医科大学附属病院　高度看護研修センター**  **認定看護師教育課程　緩和ケア分野　受験票**   |  |  | | --- | --- | | 受験番号 | ※（記入不要） | | ふりがな |  | | 氏　　名 |  | | ＜試験会場＞  岩手医科大学  矢巾キャンパス  西1C講義室  岩手県紫波郡矢巾町医大通1-1-1  Tel 019-613-7111 | ＜写真貼付＞  1. 3ヵ月以内撮影  2. 半身脱帽,正面背景無  3. カラー・白黒不問  4. たて4.0cm、よこ3.0cm  5. 裏面に記名 |   ※この受験票は受験当日必ずご持参ください。 | | | |
| （様式８） | | | | |
| **2023年度　認定看護師教育課程　緩和ケア分野　検定料納付票** | | | | |
|  | | | | |
| **※受領証のコピーを貼付** | | | 受験番号 | ※（記入不要） |
| のりしろ | | | | |
| **（注）　・銀行所定の振込用紙を使用し、銀行窓口から振込んでください。**  **・ご依頼人氏名の前に「緩和ケア分野」と記入してください。**  **・取扱銀行収納印があるか確認してください。** | | | | |