|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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3.0cm5. 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1-1-1Tel 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3.0cm5. 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。** |