

教育機関 チェック欄	専門科目 Ⅰ・Ⅱ	小論文	面接

(様式 7)

2026 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	いわて はなこ
氏 名	岩手 花子
＜所属施設＞ 施設名 岩手医科大学 附属 病院・施設 所在地 岩手 都道府県	＜写真貼付＞ 1. 3 ヶ月以内撮影 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 写真添付

(様式 7)

2026 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	いわて はなこ
氏 名	岩手 花子
＜試験会場＞ 岩手医科大学 矢巾キャンパス 岩手県紫波郡 矢巾町医大通 1-1-1	＜写真貼付＞ 1. 3 ヶ月以内撮影 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 写真添付

※この受験票は受験当日必ずご持参ください。

(様式 8)

2026 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）
受領証コピーを添付	
のりしろ	
(注) ・ご依頼人氏名の前に「<u>緩和</u>」を入れて下さい。 ・銀行窓口で手続きをした場合は、取扱銀行収納印があるか確認してください。 ・ATM で手続きをした場合は、ご利用明細を添付してください。 ・検定料納付票からはみ出る部分は、折ってください。	