

(様式 10)

2027 年度

岩手医科大学附属病院 高度看護研修センター

特定行為教育課程 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  |
| <b>【試験会場】</b><br>岩手医科大学<br>矢巾キャンパス<br><br><b>【試験時間と内容】</b><br>9:00~小論文<br>10:15~面接<br><br>〒028-3694<br>岩手県紫波郡矢巾町<br>医大通 1-1-1 | <b>【写真貼付】</b><br><br>サイズを確認して<br>貼付して下さい。<br><br>(たて 4.0 cm × よこ 3.0 cm)<br><br>3 か月以内に撮影<br>写真裏面に記名 |

※この受験票は受験当日必ずご持参ください。

(様式 11)

2027 年度 特定行為教育課程 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   |      |          |
| <p>ここに貼付して下さい。</p> <p>(注)・ご依頼人氏名の前に「<u>特定</u>」を入れて下さい。<br/>・銀行窓口で手続きをした場合は、振込用紙の控えに取扱銀行の出納印が押印されているか確認して下さい。<br/>・ATM で手続きをした場合は、ご利用明細票を貼付して下さい。<br/>・ネットバンキング等によるお支払いで、本紙に貼付できない場合は、出願書類に同封して下さい。</p> |      |          |