

(二次) (様式 7)

国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院
令和 8 年度看護師特定行為研修 受講者選考試験

受験票

※受験番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日

※は記入しないでください

カラー写真貼付 (縦 4cm × 横 3cm)
1 最近 6 カ月以内に 撮影した写真 2 本人単身胸から上 3 裏面に氏名を記入