

(様式 7)

国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院
令和 9 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