

受 験 票

受 験 番 号	*
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日
試 験 年 月 日	平 成 2 4 年 1 月 1 1 日 ・ 1 月 1 2 日
場 所	市 立 室 蘭 看 護 専 門 学 院

*印欄は記入しないでください

写真貼付

市立室蘭看護専門学校長

印

1日目

2日目

受 験 票

受 験 番 号	*
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日
試 験 年 月 日	平 成 2 3 年 1 0 月 2 2 日
場 所	市 立 室 蘭 看 護 専 門 学 院

*印欄は記入しないでください

写真貼付

市立室蘭看護専門学校長

印

1日目

希望する受験区分により切り取って使用すること

※A4判の普通紙に印刷後、点線に沿って切り取り、A6判(A4判の1/4の大きさ)にしてください。
※一般入試の場合は左面、社会人入試の場合は右面を使用してください。