

受験票

受験番号	シ・キ・ホ _____
試験区分	① 西暦 _____ 年 3 月卒業見込み ② 既卒者
取得免許（取得予定）	看護師・保健師・助産師・介護福祉士
氏名	
連絡先電話番号	

受験票

受験番号	シ・キ・ホ _____
試験区分	① 西暦 _____ 年 3 月卒業見込み ② 既卒者
氏名	
選考試験日	年 月 日 ( )
集合時間	時 分
集合場所	4 階 ラウンジ

注意 1. 黄色の枠内を自筆で記載して下さい。

2. 選考日当日の持ち物  
※受験票 ※ 黒のボールペン ※ 時計（時計機能のみ）

3. 試験区分は該当のところに○をつけて下さい。

お問い合わせ先：03-5343-5787（看護部）

平日9時から16時半まで