

(様式第 22 号)

令和 年 月 日

泉佐野泉南医師会看護専門学校長 様

## 追・再試験受験届

試験年月日	平成 年 月 日
試験科目	( 講師)
学年・学籍番号	第 学年 学籍番号
氏名	

領収印

上記の試験を受けたく、試験料 2,000 円を添えここに届出します。

大阪府泉佐野市湊 1-1-30  
泉佐野泉南医師会看護専門学校

(控え)

令和 年 月 日

## 追・再試験受験料届

試験年月日	平成 年 月 日
試験科目	( 講師)
学年・学籍番号	第 学年 学籍番号
氏名	

領収印

\*試験監督者は受験者を確認する。

(控え)

令和 年 月 日

## 追・再試験受験料届

試験年月日	平成 年 月 日
試験科目	( 講師)
学年・学籍番号	第 学年 学籍番号
氏名	

領収印

受験料 ¥2,000