

社

令和9年度 副 票

写 真

1. 4 cm × 3 cm (上半身、正面、脱帽背景なし)
2. 3 か月以内に撮影のもの
3. 写真の裏に氏名を明記し貼付のこと

受験番号	
(フリガナ) 氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日 男・女
選択項目 いずれか○印	~~数学 I ・ 英語 I~~

『選択項目』欄は不要です

社

令和9年度 受 験 票

	受験番号	
(フリガナ) 氏 名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 男・女	

試 験 場 本 校 教 室

試験日時 令和8年10月24日(土) 9時00分～
(当日は、8時30分～8時45分まで)
に受付けを済ませること

注 意 事 項

1. 受験の際は、必ず本票を持参し、机の上に置くこと。
2. 受験当日は、筆記用具、弁当を持参すること。(原則として、鉛筆(B)を使用すること)
3. 受験票の裏面には、「はがき+速達」料金分の切手を貼付し、受験者の住所・氏名を必ず記入すること。

受 験 料	
受 験 料 ￥20,000 上記金額正に領収いたしました。 令和8年 月 日	領 収 印

神戸市医師会看護専門学校
☎ 651-2103 神戸市西区学園西町4丁目2番
☎ (078) 795-4884