（様式9）

2024年度 公益社団法人 大阪府看護協会

**クリティカルケア認定看護師教育課程**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 写　真　票 | | | 受験番号 |  |
| フリガナ |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 所属施設 | | 写真(5.0×4.0cm)  裏面に氏名を記入し、  貼付してください。 | | |
| 施設名 | |
| 所在地（都道府県のみ） | |

2024年度 公益社団法人 大阪府看護協会

**クリティカルケア認定看護師教育課程**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　験　票 | | 受験番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 所属施設 | | 写真(5.0×4.0cm)  裏面に氏名を記入し、  貼付してください。 | |
| 施設名 | |
| 所在地（都道府県のみ） | |

入学検定料振込通知

郵便振込受領証のコピーを貼付