（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