

令和 年度 受 験 票

※受験番号 \_\_\_\_\_

(ふりがな)  
氏 名 \_\_\_\_\_

伊勢市勢田町613番地の12  
伊勢地区医師会准看護学校

写 真 貼 付

縦4cm × 横3cm

1. 上半身・脱帽・正面向
2. 6ヶ月以内に撮影
3. 裏に氏名記載
4. 全面はりつけること

注 意

1. この証票は試験当日に携帯し、かならず机上におき試験係員に示すこと。
2. 試験当日は推薦入学試験11時00分、一般入学試験9時00分までに到着のこと。
3. ※印は記入しないこと。