

(様式第22号)

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

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

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)

年 月 日

追・再試験受験料届

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

*試験監督者は受験者を確認する。

(控え)

年 月 日

追・再試験受験料届

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

受験料 ¥2,000