

2027年度
受験票

※受験番号	
入学試験区分	<input checked="" type="radio"/> 指定校制推薦 <input type="radio"/> 公募制推薦 <input type="radio"/> 社会人 <input type="radio"/> 一般単願 <small>(該当する区分を○で囲んでください)</small>
ふりがな	とちぎ はなこ
氏名	栃木 花子
西暦 20□□年□月□日生 (□□) 才	

※印欄は記入しないでください

■試験場 国立病院機構栃木医療センター附属看護学校

■試験回 第 3 回 受験回を記入してください

科目	時間
開場・受付	10:30~11:00
オリエンテーション	11:05~11:20
国語✿	11:30~12:20
面接オリエンテーション	13:20~13:30
面接	13:30~

✿ 詳細は学生募集要項を参照ください。

■携帯品

- ・ 受験票
- ・ 筆記用具
(HBの黒鉛筆, 黒色ボールペン, プラスチック消しゴム)
- ・ 昼食

国立病院機構栃木医療センター附属看護学校

2027年度
受験写真票

※受験番号	
入学試験区分	<input checked="" type="radio"/> 指定校制推薦 <input type="radio"/> 公募制推薦 <input type="radio"/> 社会人 <input type="radio"/> 一般単願 <small>(該当する区分を○で囲んでください)</small>
ふりがな	とちぎ はなこ
氏名	栃木 花子
西暦 20□□年□月□日生 (□□) 才	

※印欄は記入しないでください

写真貼付欄

願書と同じ写真を
この欄に貼付

縦6×横4cm

切り離さないでください

国立病院機構栃木医療センター附属看護学校

【様式2-①】

2027年度
払込金受領証

※受験番号	
ふりがな	とちぎ はなこ
氏名	栃木 花子

※印欄は記入しないでください

払込金受領証コピー

貼付欄

切り離さないでください

国立病院機構栃木医療センター附属看護学校