

令和7年度奈良県立病院機構看護師の特定行為研修

受 験 票

受験番号	
職 種	
ふりがな 氏 名	
試験会場	医療専門職教育研修センター
試験日時	令和7年1月15日(水) 時

(写真貼付欄)

カラー写真貼付
(4.5cm×3.5cm)

1. 上半身・正面6か月以内に撮影したもの
2. 写真裏面に氏名を記入すること

試験会場及び時間

1. 試験会場

医療専門職教育研修センター3階
会議室4

〒630-8581

奈良県奈良市七条西町2丁目897-5

2. 受付・控室

医療専門職教育研修センター3階
会議室5

3. 受付時間

指定時間の30分前までに受付してください。

受 験 心 得

1. 受験の際は必ず本票を持参し、受付時間までに来てください。
2. 試験当日は、控室まで直接来てください。
3. 来館の際は、公共交通機関を利用してください。
4. 感染症対策のため、必ずマスクを着用してください。
5. その他係員の指示に従ってください。