

# 再 試 験 願

令和 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構  
東京新宿メディカルセンター附属看護専門  
学 校 長 殿

学 年

学籍番号

氏 名

次の通り再試験を受けたいのでお願いいたします。

## 記

1. 科 目 名

2. 講 師 名

3. 試 験 月 日 令和 年 月 日 ( )

許可印 ㊞

受験料受領印 ㊞

2, 0 0 0 円