

() 試 験 願

年 月 日

国家公務員共済組合連合会

呉共済病院看護専門学校長 殿

第 回生 (第 学年)

氏名 印

次の科目について試験を受けたいので、承認して下さるようお願いします。

科目及び単元	
講師名	
理 由	
試 験 日	年 月 日 時 分から

受付完了印

指定された日時までに、事務担当者に再試験料を添えて提出すること。