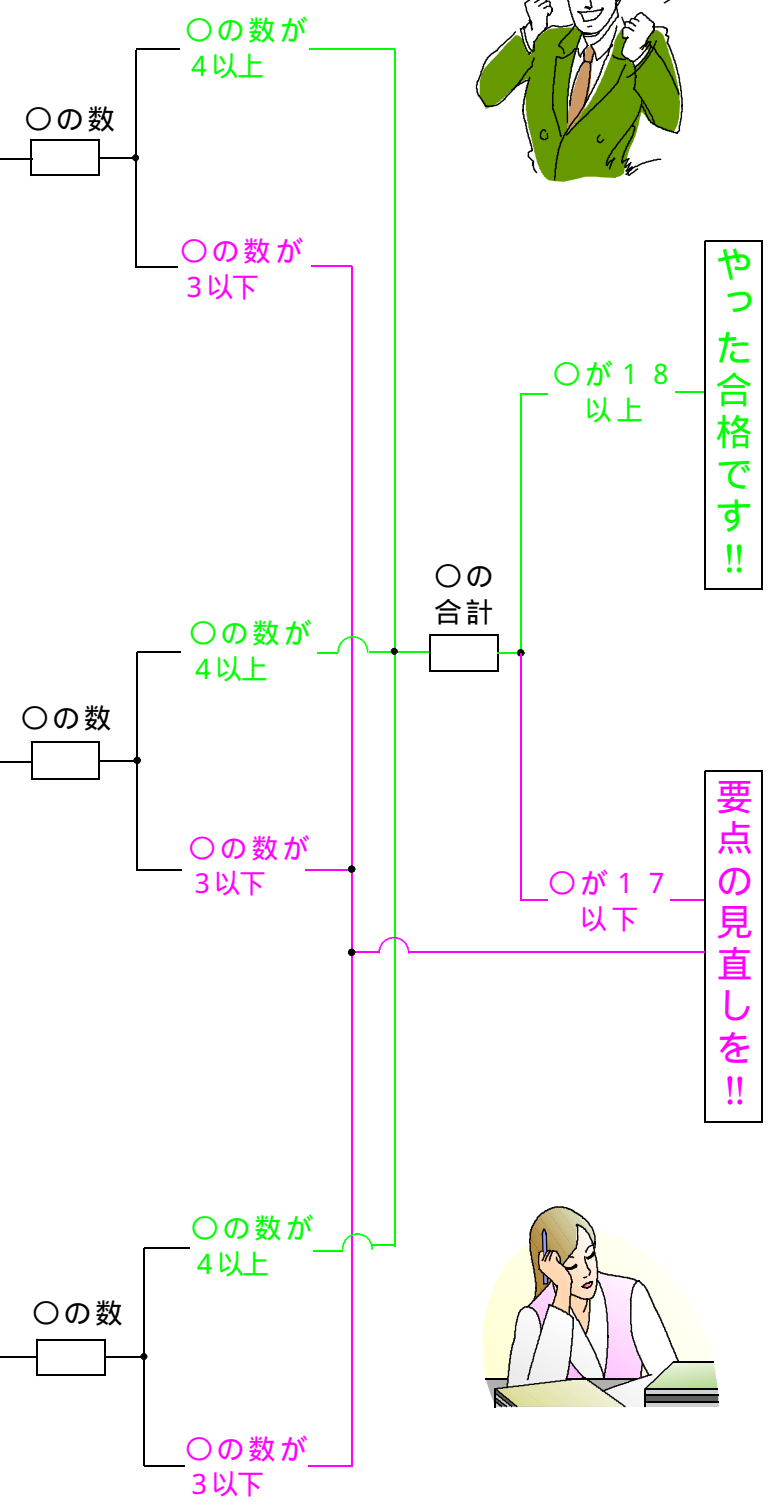


衛生管理者模擬試験合否判定表 模擬試験 1

第 1 回 目 実施日 平成 年 月 日

問題番号 正解番号 解答番号 正誤○×

1	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



衛生管理者模擬試験合否判定表 模擬試験 2

第 1 回目 実施日 平成 年 月 日

問題番号 正解番号 解答番号 正誤○×

問題番号	正解番号	解答番号	正誤○×
1	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

○の数

○の数が
4以上

○の数が
3以下



やった合格です!!

○が18以上

○の合計

○の数が
4以上

○の数が
3以下

○が17以下

要点の見直しを!!

○の数

○の数が
4以上

○の数が
3以下



衛生管理者模擬試験合否判定表 模擬試験 3

第 1 回目 実施日 平成 年 月 日

問題番号 正解番号 解答番号 正誤○×

問題番号	正解番号	解答番号	正誤○×
1	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
26	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28	4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
29	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
30	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

