共通科目履修免除申請書

（様式第７号）

長野県立信州医療センター

　院　長　様

私は、看護師特定行為研修において、共通科目の受講を修了しているため、

共通科目の履修免除を申請いたします。

（西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日

　　申請者（受講者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

1　長野県立信州医療センターの共通科目を修了している場合は、下欄にご記入ください。

　　　　第　　　　　期生　　　　　　履修時の受講者番号　（　　　　　　　　　　）

２　他の指定研修機関の共通科目を修了している場合は、下欄にご記入の上、共通科目の修了を証明する書類、履修したシラバスを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医療機関の名称 | 修了年月日 |
|  | 年　　　月　　　日 |