

既修得科目履修免除申請書

(西暦) 年 月 日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院 病院長 殿

申請者

志望する科目: _____
所 属: _____
氏 名: _____

私は、指定研修機関の看護師特定行為研修において、下記の通り既に科目を履修修了(又は見込み)のため特定行為研修修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請致します。

指定機研修関名	
修 了 認 定 日	(西暦) 年 月 日
修了見込み月日	(西暦) 年 月 日
修了した(修了見込みの)科目名 または特定行為名	

添付書類

※ 指定研修機関において発行された看護師の特定行為研修修了証または科目履修証明証の写し
(修了見込みの場合は、修了後に速やかに提出)