

様式 5

## 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

志望する区分: \_\_\_\_\_

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の履修を修了している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
修了した区分名または特定行為名	

以下の書類を添付してください

※ 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