様式 5

新古賀リハビリテーション病院みらい　特定行為研修

※受験番号：

※受験番号は事務局で記載します

既修得科目履修免除申請書

年　　月　　日

新古賀リハビリテーション病院みらい

院長　大坪　義彦　殿

申請者氏名：　　㊞

私は、以下のとおり研修修了認定機関の看護師特定行為研修において、既に共通科目の受講を修了しているため、修了証を添えて既修得科目の履修免除を申請いたします。

記

研修修了認定指定機関名	修了認定日
	年　　月　　日

※修了認定日は最初の研修終了証に記載してある日付を記入下さい

以上