|  |  |
| --- | --- |
| 様式2 | 受験番号 |
| 履 修 免 除 申 請 書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 　年 　月 　日地方独立行政法人福岡市立病院機構福岡市民病院院 長　　堀内　孝彦　様氏　　　 名 　　　　　　　　　　　　　　　　印私は、看護師の特定行為研修において、下記科目の受講を修了しているため、履修免除を申請いたします。記履修免除申請科目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 受講した研修機関等 | 修了認定日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※修了証を添付し提出してください。 |