

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。