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。