

(様式 7)

※受験番号

## 履修免除申請書

令和 年 月 日

看護キャリア教育研究センター長 様  
柏たなか病院 病院長 様

(申請者)

住所

氏名（自署）\_\_\_\_\_印

私は、特定行為研修の下記科目の履修を修了しているので、修了を証明する書類（写）  
を添えて履修免除を申請いたします。

記

1. 受講機関名 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. 受講区分名 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 受講期間 : \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_ヶ月)

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_ヶ月)

※複数となる場合は①・②と区分し、行が不足する場合はコピーをして追加してください。