

様式7

※受験番号

記入日： 年 月 日

履修科目免除申請書

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院長 殿

施設名：

氏 名： _____ ㊞

私は、看護師の特定行為研修において、下記のとおり共通科目の受講を修了(予定)しているため、履修免除を申請いたします。

研修機関名	所在地(住所)	修了(予定)年月日
	〒	

※看護師特定行為研修修了証の複本を添付してください。

現在受講中で当院での研修開始までに修了予定の方は修了見込み証を添付してください。

※※欄は記入しないでください