**地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院**

**看護師の特定行為研修　共通科目及び区分別科目履修免除申請書**

加古川中央市民病院長　殿

年　　　　　月　　　　　日

　氏　　名

私は、看護師の特定行為研修において、以下の科目を既に受講修了しているため、修了証明書を添えて、履修免除を申請いたします。

記

履修免除を申請する共通科目**及び区分別科目**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 共通科目・区分別科目どちらかに〇をつけること | 科目 | 修了認定指定機関 | 修了認定日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |
| 共通科目・区分別科目 |  |  | 　年　　月　　日 |

※　修了証を必ず添付してください。

　　　以上