（様式５）

履修科目免除申請書

令和　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人奈良県立病院機構理事長　殿

申請者氏名

（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、以下の科目を履修免除として承認していただきたいので、証明書を添えて申請します。

|  |
| --- |
| 免除申請科目 |
|  | 共通科目 |
|  | （区分別科目名） |
|  | （区分別科目名） |
|  | （区分別科目名） |
|  | （区分別科目名） |
|  | （区分別科目名） |
|  | （区分別科目名） |
|  | （区分別科目名） |
|  | （区分別科目名） |

＊免除希望区分別科目名を記載のうえ、○を記入しください。

免除申請科目を履修した研修機関

|  |
| --- |
| 研修機関名 |
|  |
| 修了区分またはパッケージ名 |
|  |
| 修了年月日 |
|  |

※欄は記入しないこと