

受験資格認定願

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校
学 校 長 殿

学 年
学籍番号
氏 名

下記科目の受験資格認定をお願いいたします。

記

1. 科 目 名 :
2. 単位数 (時間数) : 単位 (時間)
3. 講 師 名 :
4. 欠 席 時 間 :
5. 欠 席 理 由 :

以上

*届出に際し、欠席理由を証明する書類を添付すること