

# 再履修願

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

次の通り再履修したいのでお願い致します。

## 記

1. 科目名

2. 講師名

3. 単位数及び時間数 ( ) 単位 ( ) 時間

4. 履修時期

令和 年度 前期 ・ 後期

※どちらかを○で囲む。

許可印 (印)