

# 聴講願

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

次の通り聴講を希望致します。

## 記

1. 科 目 名

2. 講 師 名

3. 聴 講 目 的

4. 時 間 数 ( ) 時間

5. 聴 講 期 間

令和 年度

前期 ・ 後期

※どちらかを○で囲む。

許可印 ㊟