別記様式第7号（第15条関係）

再 受 講 願

　　年　　月　　日

一般財団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院長　殿

|  |
| --- |
| 入講年度　　　　　　　　　　年度 |
|  氏名（自署） |

私は、下記理由により下記科目を再受講したいので、許可願います。

【再受講理由】

|  |
| --- |
|  |

【再受講希望科目】

|  |
| --- |
|  |