別記様式8（第19関係）

再 入 講 願

令和　　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、下記理由により未修得科目を履修したいので、許可願います。

【再入講理由】

|  |
| --- |
|  |

【未修得希望科目】

|  |
| --- |
|  |