別記様式第9号（第19条関係）

再 試 験 等 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、下記のとおり（□再試験、□再実習、□再観察評価、□再実技試験）を受けたいので、許可願います。

【再試験等志望理由】

|  |
| --- |
|  |

【再試験等志望科目】

|  |
| --- |
|  |