

受験番号	記載不要
------	------

履修科目免除申請書

社会医療法人渡邊高記念会
医療人材開発センター長 殿

私は、下記の科目における履修免除を申請いたします。

☐ 共通科目

大学（学部）・指定研修機関名	
所 在 地	
通 信 素 材 の 名 称	

※別途、共通科目の修了を証明する書類を提出してください。

☐ 区分別科目

大学・指定研修機関名	所在地

※別途、厚生労働省指定の修了証の写しを添付してください。

西暦 年 月 日

ふりがな
氏 名(自署)