

# 補充実習願

年 月 日

国家公務員共済組合連合会

呉共済病院看護専門学校長 殿

第 回 生 ( 第 学年 )

氏名

印

次のとおり補充実習をしたいので、承認して下さるようお願いいたします。

1. 科目 (場 所) 「 \_\_\_\_\_ 」 ( \_\_\_\_\_ )

2. 実 習 期 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) から  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) まで

3. 理 由 \_\_\_\_\_

4. 備 考 \_\_\_\_\_

受付完了印

指定された日時までに、実習施設使用料を添えて事務担当者に提出すること。