【別記第15号様式】（第16条関係）

**再　試　験　願**

　　　年　　　月　　　日

看護研修センター長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　感染管理認定看護師教育課程

学籍番号

氏　　名

下記の科目について再試験をお願いします。

再試験を希望する科目

|  |  |
| --- | --- |
| 科　目　名 | 担　当　教　員　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |