**追実習願**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　市立函館病院高等看護学院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　学年（Ａ・Ｂ）組　出席番号

　　　　　　　　　　　　　　学生氏名　　　　　　　　　　　　　 （自署）

　下記科目の追実習を受けたいので、よろしくお願い申し上げます。

記

　実習科目名：

　実習施設名：

　実習担当教員名：

※　追実習の時期は、原則として長期休暇の時期とする。