**単位不認定科目履修願**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

　下記科目について履修したいので、よろしくお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 科　　目 | 単　位 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |