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