　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（様式３）

単位認定申請書

公益社団法人　福島県看護協会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講者氏名　　　　　　　　　　　　印

　次の科目について、福島県保健師助産師看護師実習指導者講習会において修得したものと認定されるよう申請します。

記

1. 認定希望科目名及び単位数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習指導者講習会科目名 | 単位数 | 既取得科目名 | 単位数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 単位を取得した学校等名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大学等学校名・講習会名 | 学部名または課程名 | 学科名 |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. 入学・卒業・中退年月日

入学　　　　　　年　　　　月　　　　日

卒業　　　　　　年　　　　月　　　　日

中退　　　　　　年　　　　月　　　　日

1. 添付書類
2. 成績証明書
3. 単位の互換を必要とする科目の教育内容を明らかにする書類（シラバス等）