補　充　実　習　願

木 更 津 看 護 学 院
校長　　様

准看護師課程
学 籍 番 号
学 生 氏 名
所 属 施 設 名

私は下記科目の実習において、履修すべき時間数が不足したため不合格となりました。
つきましては補充実習を受けさせていただきたく、補充実習願を提出いたします。

実習日	科　目　名	保護者 （所属）印	再実習料 領 収 印