

(様式第 24 号)

令和 年 月 日泉佐野

泉南医師会看護専門学校長 様

## 補習実習・補習講義受講届

補習日	月 日から 日間	領収印
補習科目		
実習施設		
学年・学籍番号	第 学年 ・学籍番号 ( )	
氏名		

上記の補習を受けたく、補習講義受講料・補習臨地実習料 円を添え届出します。

(注) 補習講義受講料は¥2,000/科目、補習臨地実習料は¥2,000/日

大阪府泉佐野市湊 1-1-30  
泉佐野泉南医師会看護専門学校

(控え)

令和 年 月 日

## 補習実習・補習講義受講届

補習日	月 日から 日間	領収印
補習科目		
実習施設		
学年・学籍番号	第 学年 ・学籍番号 ( )	
氏名		

(控え)

令和 年 月 日

## 補習実習・補習講義受講届

補習日	月 日から 日間	領収印
補習科目		
実習施設		
学年・学籍番号	第 学年 ・学籍番号 ( )	
氏名		

補習講義受講料・補習臨地実習料 ¥