

(様式 14)

## 再 実 習 願

年 月 日

姫路赤十字看護専門学校長 様

学籍番号

氏 名

印

下記科目の実習は不合格のため、再実習を希望します。再実習料をそえて  
お願い致します。

### 記

1. 再実習期間

2. 再実習時間数

時間

実習

---

[再実習許可欄]

(再実習)

実習科目と 実習場所	実習時間数 と 期 間	臨床指導 担当者名	許 可 印