

受講誓約書

令和 年 月 日

長野県看護大学長 様

住 所

ふりがな
氏 名

私は、貴学で開講される、令和6年度感染管理認定看護師教育課程を受講すること、受講にあたっては貴学の規則を守ることを誓います。

※氏名は自署してください。