

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8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。