

校 長	副校長	教務主任	担 任

## 過年次単位未修得科目定期試験願

令和 年 月 日

山梨県歯科衛生専門学校長 殿

学籍番号 No \_\_\_\_\_

学生氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、次の過年次単位未修得科目の定期試験再試験を受けさせていただきたく願います。

科目名	履修学年	定期試験日時
	年	月 日 ( ) 午前・午後 時 分より
	年	月 日 ( ) 午前・午後 時 分より
	年	月 日 ( ) 午前・午後 時 分より