

校 長	副校長	教務主任	担 任

再 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

私は今回の定期試験において、次の科目が不合格になりましたので再試験を受けさせていただきたくお願いします。

科目名	定期試験 成績	試験開始日時
		月 日 () 午前・午後 時 分
		月 日 () 午前・午後 時 分
		月 日 () 午前・午後 時 分
		月 日 () 午前・午後 時 分

※試験手数料納付領収書（1科目につき3,000円）を添付すること。