

校 長	副校長	教務主任	担 任

単位追認試験願

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

私は今回の再試験において、次の科目が不合格になりましたので単位追認試験を受けさせていただきます。

科目名	定期試験成績	再試験成績	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1,000円）を添付すること。