

校 長	副校長	教務主任	担 任

追 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

私は今回の下記科目の定期試験を次の理由により、受験できませんでしたので追試験を受けさせていただきたくお願いします。

理 由

--

※公欠の場合は、公欠願を添えること。

科目名	担当講師名	追試験日時
		月 日 () 午前・午後 時 分より