|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再　試　験　願　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日担当教員名　　　　　　　　　　　　先生看護学科　　年　学籍番号　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記の科目について再試験を受験したいので、許可を願います。

|  |
| --- |
| 授　業　科　目　名 |
|  |

記 |

注意

* 再試験を受験する場合は、「再試験受験の意思」を、各授業担当教員に事前にメールで知らせること。
* 再試験願いは自筆で記入し、受験日の試験開始直前に担当教員に手渡すこと。