

追 試 験 願

年 月 日

担当教員氏名

_____ 殿

医学部医学科

学年 _____ 年 学籍番号 _____

氏名 _____

連絡先（電話） _____

連絡先（メール） _____

私は、 _____ 年 _____ 月 _____ 日に実施された下記科目の定期試験（学期末試験・学年度末試験）を受験できなかったため、追試験の受験を許可くださいますようお願いいたします。
なお、指定された日時に必ず受験いたします。

記

注）医師の診断書等理由を証明できる書類を必ず添付すること。

受 験 科 目	
受験できなかった理由：	

教務係確認 印（必須）
