

再 試 験 願

平成 年 月 日

山梨県歯科衛生専門学校長 殿

学生証番号 No

学 生 氏 名

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	試 験 日 時
	月 日 () 午前・午後 時 分より
	月 日 () 午前・午後 時 分より
	月 日 () 午前・午後 時 分より
	月 日 () 午前・午後 時 分より
	月 日 () 午前・午後 時 分より
	月 日 () 午前・午後 時 分より

試験手数料として、1科目あたり1,000円を添えること。