

単位追認試験願

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

私は今回の再試験・追試験において、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。

学校記載

現金

取扱者

QR

交通

クレジット



*「PayPa」はご利用いただけません。

決済日 年 月 日 時 分頃

利用キャッシュレス決済に 印