追　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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※病気の場合は、医師の診断書を添えること。

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