

# 再 試 験 受 験 願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 助産学専攻科  
保健医療学部（ 学科）  
学 年 年  
学籍番号  
氏 名

次のとおり再試験を実施していただきますようお願いいたします。

再試験授業科目名	
担 当 教 員 名	

注 授業科目ごとに提出すること。