

追 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

次のとおり追試験を受験したいので、承認くださるようお願いいたします。

追試験授業科目名	
(担当教員名)	
定期試験を受けられ なかった理由	

注 医師の診断書その他の定期試験を受けられなかった理由を証する書類を添付すること。