

追試験願

敦賀市立看護大学

看護学部長

_____ 殿

年 月 日

学籍番号

氏 名 _____ (自著)

私は、期末試験を下記の理由で受験できませんでした。追試験を実施していただきたくお
願いします。

科目名（担当教員名） _____

試験実施日 _____ 年 月 日 （第 限）

科目名（担当教員名） _____

試験実施日 _____ 年 月 日 （第 限）

科目名（担当教員名） _____

試験実施日 _____ 年 月 日 （第 限）

（該当する番号に○印）

- 1 病気又は負傷（医師による診断書添付）
- 2 その他（理由書及び証明書等添付）

☐ 上記の科目担当教員全てに、メールであらかじめ追試の承諾を得ている。

承認欄

上記の追試験を許可します。

年 月 日

学部長 _____