追　試　験　願

　　年　　月　　日

滋賀医科大学長　殿

プルダウンから選択

|  |  |
| --- | --- |
| **学科を選択してください。** | 第　　学年 |

|  |  |
| --- | --- |
| 学籍番号 |  |
| 氏　　名 |  |

下記の試験を欠席する見込み、または欠席しましたのでお届けします。

つきましては、追試験の受験を許可くださいますようお願いします。

記

欠席理由（病気の場合は、医師の診断書を添付すること。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 試験科目 | 当初試験日 | 担当教員氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（以下の欄には何も記入しないこと）

承認する。

上記の者の追試験について

承認しない。

※不承認理由

学部教育部門長