

学 長	医学部長	副医学部長	教務委員長	学生指導委員長	事務部長	指導教員

追 試 験 許 可 願

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学
学 長 星 長 清 隆 殿

医学部 医学科 _____ 学年

(学籍番号 _____) 氏 名

⑩

平成 年 月 日施行された下記の授業科目試験に不合格
(_____ のため欠席) となったので、追試験
を受験いたしたく、ご許可願います。

記

年度	期 別	授 業 科 目	時 限	担 当 教 員	認 印

「注」年度は履修時を記入すること。