

追 試 験 願

年 月 日

滋 賀 医 科 大 学 長 殿

年度入学 医学科
看護学科 第 学年

学 籍 番 号

氏 名

下記の試験を（ 欠席します ・ 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いたします。

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）

上記の者の追試験について 承認する。
承認しない。
※不承認理由

学部教育部門長 _____