追　　試　　験　　願

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　医学部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学　　部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　在籍番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）

　下記事由により，本試験を欠席いたしましたので，追試験を実施くださるようお願い

します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　１．事　由（診断書又は証明書を添付すること。）

　２．欠席試験科目

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　 | 区　　　分 | 時限 | 講義番号 | 試　験　科　目 | 担当教員 |  |
| 月　　日（　） | 　限 | Ｍ |  |  |
| 月　　日（　） | 　限 | Ｍ |  |  |
| 月　　日（　） | 　限 | Ｍ |  |  |
| 月　　日（　） | 　限 | Ｍ |  |  |
| 月　　日（　） | 　限 | Ｍ |  |  |