

追・再試験願

年 月 日

勤医協札幌看護専門学校 殿

第 学年 クラス 氏名

下記の学科の追・再試験を受験させていただきたくお願いいたします。

学 科 名	追試・再試 どちらか○	手数料
	追試・再試	
	追試・再試	
	手数料合計	

1. 必要事項を記載し担任に提出し、追・再試の許可を受ける

担任 確認印	
-----------	--

2. 事務に手数料として1科目につき1,000円を支払い、領収印と領収書を受け取る

手数料 領収印	
------------	--

3. 教務主任（副教務主任）に提出し確認を受ける

教務主任 確認印	
-------------	--