

様式第1号

## 追 試 験 受 験 願

年 月 日

山形県立保健医療大学長 殿

学籍番号 .....

学 科 ..... 学年 .....

氏 名 .....

下記1の授業科目の定期試験を、下記2の事由により受験することができな  
かったので、追試験を実施していただきますようお願いいたします。

### 記

1 授業科目名 \_\_\_\_\_

2 定期試験を受験できなかった事由

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

担 当 教 員 名	承 認 印