

様式第2号

再 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

下記の授業科目について、再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 _____

担当教員名	承認印
承認済	