様式４号

再　試　験　願

年　月　日

熊本歯科技術専門学校長　殿

所　属　　科

学 籍 番 号

住　所

氏　名　　印

私は今回の定期試験において　　科目が不合格になりましたので

再試験を受けさせていただきたく、このたびお願い申し上げます。

※ １　受験者は試験実施前日の１６：３０までに願い出、許可証を受け取ること。
※ ２　許可証がない場合は受験資格がありません。

---------- 切り取り線 ----------

受　験　許　可　証

科　目　名		領収証 科目分
試験実施日		
氏　名	科　年　番	金　円也

※ １　許可証提示されない場合は受験資格がありません。