

再 試 験 願

年 月 日

熊本歯科技術専門学校長 殿

所 属 科 年 番

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 金 円也
試験実施日		
氏 名	科 年 番	

- ※ 1 許可証提示されない場合は受験資格がありません。