**再試験願**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　市立函館病院高等看護学院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　学年（Ａ・Ｂ）組　出席番号

　　　　　　　　　　　　　　学生氏名　　　　　　　　　　　　　 （自署）

　下記科目の再試験を受験したいので、よろしくお願い申し上げます。

記

　　科目名：

　　講師名：

………………………………………きりとり線………………………………………

|  |
| --- |
| 再試験受験票　　科目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年（Ａ・Ｂ）組　出席番号　　　　　　　　　　　　　 　　学生氏名　　　　　　　　　　　　　　　　再試験日：　 　年　　　月　　　日 |