

様式6

学院長	副学院長	事務部長	教育部長	学科講師

追 試 験 願

令和 年 月 日

熊本総合医療リハビリテーション学院長 殿

学科 学年

学籍番号

氏 名 印

私は、このたび下記の理由により、 期定期試験を欠席しましたので、追試験の受験を許可願います。

理由

()

受 験 科 目	担当講師名

注意：定期試験を受験できなかった理由（診断書または証明書など）を添えること。