

追 試 験 願

様式第 2 号

年 月 日

石川県立看護大学長 様

学籍番号

氏 名

下記のとおり、石川県立看護大学履修規程第 8 条の規定による追試験を受けたいので、お願いします。

記

1 追試験を希望する科目

科 目 名	担 当 教 員 名

2 試験を受けることのできなかつたやむを得ない事由（具体的に記載すること）

--

(注) やむを得ない事由を証明する書類を添付してください。