

平成 年度 再試験受験願

平成 年 月 日

香川大学医学部長 殿

医 学 部 学科第 年次

学 年 番 号 _____

氏 名 _____

下記不合格科目の再試験を受験いたしたく、御許可くださるようお願いいたします。

記

| 不 合 格 科 目 | 担 当 教 員 名 | 備 考 |
|-----------|-----------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

連絡先

電 話 番 号 _____

携 帯 _____

電 子 メ ー ル _____