

# 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 \_\_\_\_\_