

再 試 験 受 験 願

令和 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

(携帯)電話番号

メールアドレス
