

(様式 7)

追試験受験願

年 月 日

姫路赤十字看護専門学校長 様

学籍番号

氏 名

印

私は、下記の科目について受験できなかったため、追試験の受験を希望します。
受験料をそえてお願い致します。

記

1. 理 由

シール貼付

2. 試験科目