（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