様式第9号（学則第8条、細則第7条関係）

**再 （ 追 ） 試　験　願**

　　年　　月　　日

佐賀県医療センター好生館看護学院長　様

学 科　　第　　学 年

学籍番号

氏　名

下記により再（追）試験を受けさせてください。

記

１　理　　由

２　受験科目

３　上記科目の担当講師

※ この申請書に記載されている事項については、学院事務以外の利用目的には使用することはありません。