様式通第８号

再　試　験　願

平成　　年　　月　　日

木 更 津 看 護 学 院

校長　　様

２年課程（通信制）
学籍番号

学生氏名

下記科目の再試験を受けたいので、お願いいたします。

記

科　目　名	金額

受験料は下記の方法でお支払いします。

□ 受験料は、裏に貼付のとおり銀行振り込みました。

振込み日　　年　　月　　日　　金額　　円

□ 受験料は本用紙とともに持参しました。