学　長	医学部長	教務委員長	学生指導委員長	指導教員※

追 試 験 許 可 願

西暦　　年　　月　　日

藤田医科大学長 殿

医学部 医学科＿＿＿学年

（学籍番号　　）　氏　名　　印

西暦　　年　　月　　日施行された下記の授業科目試験に不合格（　　のため欠席）となったので、追試験を受験いたしたく、ご許可願います。

記

年 度	期 別	授 業 科 目	時 限	担 当 教 員	認 印

「注」年度は履修時を記入すること。

※指導教員欄は、学生が印をもらうこと。

提出期限：出校後 2 日以内