

学校長	教務長	専任教員

再（迫）試験願

年 月 日

君津中央病院附属看護学校

学校長 様

第 学年 クラス

学籍番号

氏名 印

下記のとおり再（迫）試験を受けたいので、お願いします。

記

1. 科 目

2. 試験日 年 月 日

※ 再（迫）試験料添付のこと。