様式第3号

　　年　　月　　日

再　試　験　願

|  |
| --- |
| 一般社団法人日本看護学校協議会  会　長 水 方　 智 子 |

学籍番号　　　　　　　　　　　番

氏　名

再試験を実施してくださるようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 科　　目　　名 |
|  |
|  |

＊ご記入いただいた情報は、授業関係（試験運営、成績処理・通知・管理、修了認定等）業務の

ために利用されます。その他の目的には利用されません。

＊再試験料を当協会受講料振り込み指定口座に振り込んだ際の控えをもって、領収書に替える

とします。