

# 再 試 験 願

平成 年 月 日

学部長 様

学部

学科

年

学籍番号

氏 名

下記の(前期 後期)科目について再試験をお願いいたします。

再試験を希望する科目

授業コード	科 目 名	担 当 教 員 名	チェック欄
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

## ※『チェック欄』について

再試験は、あらかじめ再試験の設定があることを公表している科目について、成績が「不可」となった学生が受けることのできる試験です。ただし、次の①または②に該当している場合に限ります。

①該当する科目の定期試験または追試験に出席していること

②定期試験としてレポート提出を設定している科目について、提出期限までに課題を提出していること

①または②に該当している場合は、チェック欄に✓を記入してください。