

【学生用】

医学部長	教務委員長	部長	課長	課長補佐	係長	係

クラス担任	科目責任者

年 月 日

医学部長 殿

第 学年 番(学籍番号)

学生氏名 ⑩

受 験 不 能 届

受験不能科目	
試験日時	年 月 日 :
理由	
※教務課記載欄 届出日時	①連絡日時 年 月 日 : ②届出日時 年 月 日 :

- (注) 1 病気の場合は、診断書を添えること
2 別途保護者からも提出すること
3 医学部事務部教務課に提出すること

【保護者用】

年 月 日

医学部長 殿

保護者氏名 ⑩

第 学年 番(学籍番号)

学生氏名

受 験 不 能 届

受験不能科目	
試験期日	年 月 日
理 由	
※教務課記載欄 受理日時	受理日時 年 月 日 :

- (注) 1 病気の場合は、診断書を添えること
2 医学部事務部教務課に提出すること

(提出についてのお願い)

記入後は、取り急ぎ、FAX 又は Eメールで提出をお願いいたします。
その後、原本は必ず郵送してください。

提出先

830-0011 久留米市旭町 6 7

久留米大学医学部事務部教務課

FAX 0942-31-4374

TEL 0942-31-7528

Email igaku-kyomu@kurume-u.ac.jp