（別紙様式）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【医学部用】

　　年　　月　　日

成　績　評　価　確　認　願

医学部副学部長（教務担当）　　　殿

　　　　学部　　　　　　　　　学科

学生番号

氏名

連絡先（携帯等）

　　　年度　　期開講の下記科目の成績評価について疑義があるため、確認をお願いします。

記

（大学記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 受理 | / |
| 確認 |  |
| 照会 | / |

科目名　　 　　　　　　　　（　　クラス）　科目責任者

理由（具体的に記載すること）

教　員　回　答　欄

年　　月　　日

氏　名

１．成績評価のとおりです

２．成績評価を修正します

３．その他

回答理由

（大学記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 確認 |  |
| 回答 | / |