

成績評価確認願

年 月 日

石川県立大学大学院研究科長 殿

入学年度
学籍番号
氏 名

下記のとおり、石川県立大学大学院履修規程第6条の規定による成績評価の確認をお願いします。

記

科目名	
開講期	
担当教員	
成績評価の確認を 求める理由	

年 月 日

様

担当教員氏名

下記のとおり、成績評価確認願に対し回答します。

記

確認後の成績	
上記の理由	

(注) この回答に異議がある場合、回答日から1週間以内に「成績評価確認願」を教務学生課に再度提出することができる。