（様式13）

再（追）評価申請書

20XX年　　月　　日

　一般社団法人　薬学教育評価機構

　　　　理事長　　西　島　正　弘　殿

大学名

代表者　 　　　印

　貴機構の評価事業基本規則の趣旨を理解し、20XX年に受審した本学薬学部の６年制薬学教育プログラムの評価に対する再（追）評価を申請いたします。