入試情報開示請求書

年　　月　　日

函館厚生院看護専門学校長　様

年度函館厚生院看護専門学校一般入学試験における学科成績の開示を下記により請求します。

記

受験番号	
フリガナ	
氏　　名	
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日
住　　所	〒　　－
電話番号	－　　－

提出書類を確認し、確認欄に○印を記入してください。		
確認欄		入試情報開示請求書
		受験票（原本）
		返信用封筒（長３サイズ・３９２円切手貼付）

※請求者は受験者本人に限ります。

※開示請求受付期間は、合格発表日より１ヵ月間（消印有効）です。

※本校使用欄

受理日	（西暦）　　年　　月　　日　　担当（　　）
通知日	（西暦）　　年　　月　　日　　担当（　　）