

入学選考結果開示請求書

令和 年 月 日

尾道市医師会看護専門学校長 様

本年度尾道市医師会看護専門学校一般入学試験における成績の開示を下記により
請求します。

| | |
|--|-------------------------|
| 入学選考種別 <small>該当に○印を記入してください。</small> | 一般入試（ A日程 ・ B日程 ・ C日程 ） |
| 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 | | 入学選考結果開示請求書（様式第1号） |
| | | 受験票（原本） |
| | | 本人確認用書類（コピー） |
| | | 開示費用（定額小為替¥1,000） |

※開示請求書は、請求者本人が自筆で記入し請求してください。

※本校使用欄

| | | |
|-------|-------|-------|
| 受 理 日 | 年 月 日 | 担当（ ） |
| 通 知 日 | 年 月 日 | 担当（ ） |