

入試情報開示請求書

請 求 日	平成 年 月 日	受 理 日	平成 年 月 日								
請求者氏名		担 当 者									
		受 付 番 号									
請求者住所	〒 ー										
	電話番号: ー ー (自宅・携帯番号)										
	E-mail:										
請求する 入試情報	・試験成績 医学部医学科 第2年次編入学(学士入学)試験 受験番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">9</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			9	6	0	1				
9	6	0	1								
備 考											

留意事項

- 1 太線の枠内を記入してください。
- 2 本学の個別学力検査受験票及び現住所を確認できる書類を、必ず添付してください。
- 3 入試情報の開示請求は、郵送でのみ受け付けます。

返信用封筒(長形3号:120mm×235mm)に郵便番号・住所・氏名を明記し、郵便切手402円分(50g, 簡易書留:今後料金の改定があった場合、改定後の料金)をはって同封してください。