

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; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>			0	6	0	1				
0	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)を貼って同封してください。