

市立函館病院高等看護学院入試成績開示申請書

令和 年 月 日

市立函館病院高等看護学院長 様

受験番号 _____
ふりがな _____
氏 名 _____ (自署)

住 所 _____

電話番号 _____

下記のとおり私の入試成績の開示を申請します。

記

- 1 開示文書 令和 年度一般選抜入試における成績
- 2 開示内容 請求者本人に係る「学科試験の科目別得点（国語、英語）」
- 3 開示方法 市立函館病院高等看護学院教務課窓口にて閲覧開示
- 4 希望日時 令和 年 月 日（ 曜日） 時 分
- 5 請求理由 （以下に内容等をできるだけ具体的に記入してください）

(注) 開示申請の際は、本人確認のため受験票を提示してください。受験票を紛失したときは、本人を確認できるもの（学生証等）を提示してください。

※以下の欄は記入しないでください。

受付月日	月 日	開示月日	月 日	担当	
------	-----	------	-----	----	--