|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※（記入不要） |

**入学者選抜情報開示申請書**

(西暦)　　　　　　年　　　月　　　日

岩手医科大学附属病院

高度看護研修センター長　様

下記の入学試験における成績開示について申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 入試区分 | 2023年度研修生募集 入学試験 |
| 受験番号 | 　P |
| 受験者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 連絡先 | TEL |

【注意事項】

◆受験者本人以外からの開示請求には応じられません。

◆開示を希望する場合のみ、申請して下さい。受験当日に受け付けます。

◆開示情報は合否通知書類に同封いたします。