

# 入学試験成績開示申請書

年 月 日

国立病院機構西埼玉中央病院附属看護学校長 殿

申 請 者	
郵便番号	—
住 所	
電話番号	( )
ふりがな	
氏 名	印
生年月日	昭和・平成 年 月 日生

私に関する下記入学試験成績の開示を申請します。

入学試験年度	令和7年度	
試験別 (該当の試験に○を付ける)	推薦入試 (指定校制・公募制)	一般入試 (A日程・B日程)
受験番号		
開示内容 (希望の項目に○を付ける)	<ul style="list-style-type: none"><li>小論文成績</li><li>面接試験成績</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>学科試験または 小論文成績</li><li>面接試験成績</li></ul>

※事務使用欄 (記入しないでください)

受付日	受験票確認	開 示