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９年度		
試験別 （該当の試験に〇を付ける）	推薦入試 （指定校制・公募制）	総合型 （Ⅰ期・Ⅱ期）	一般入試 （A 日程・B 日程）
受験番号			
開示内容 （希望の項目に〇を付ける）	・小論文成績 ・面接試験成績	・小論文成績 ・面接試験成績	・小論文成績 ・面接試験成績

※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