

入学試験成績開示申請書

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
栃木医療センター附属看護学校長 殿

申 込 者	
郵便番号	—
住 所	
電話番号	() ※ 日中連絡のつく番号
ふりがな	
氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日生

私に関する下記入学試験成績の開示を申込みます

閲覧希望日	西暦 年 月 日 () 午前・午後 学校行事等により変更をお願いする場合がありますので ご承知おきください
2026 年度入学試験	該当する試験回をお書きください 第 () 回入学試験
受 験 番 号	
開 示 内 容	学科試験成績、面接試験成績

※事務使用欄（記入しないでください）

受付日	受付番号	受験票確認