入試情報開示請求書

（　　　　年度群馬大学大学院保健学研究科保健学専攻博士前期課程（修士課程）入学試験）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 験 番 号 |  | 氏　名 |  |
|  志望ユニット |  |
| 入学試験受験年月日 | 　　年　　　　月　　　日 |
| 開示を請求する情報 | 小論文及び外国語（英語）の合計得点 |

 上記のとおり入試情報の開示を請求します。

　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

　　　　　　　　　 請求者

 氏　　名

 　　 〒　　　－

　　　　　　　　　　 住　　所

　　　　　　　　　 　電話番号 　　　（　　　　）

（注）

 １　請求者は、開示を請求する入学試験に係る受験票の写しを添付すること。

　　２ 開示通知書を郵送で受領する者は、返信用封筒（定型　長３封筒）に切手４０４円分

（書留郵便料金分）を貼付し、住所・氏名を記載したものを提出すること。