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

入学試験成績開示申請書

（西暦）　 　 　年　　 　月　　　日

認定看護師教育センター

センター長　殿

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（受験分野名に〇） | ［2024年度認定看護師教育課程］がん放射線療法看護分野・がん薬物療法看護分野・緩和ケア分野 |
| 受験者氏名 | **印** |
| 生年月日（西暦） |  |
| 住所 | （〒　　－　　　） |
| 電話番号 |  |

以上

【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にのみ申請してください。**（申請期間外は、一切受付出来ません）

・返信用封筒［郵便番号・住所・氏名を明記の上404円切手貼付］を同封してください。