

入学試験・個人成績開示申請書

年 月 日

茨城歯科専門学校 校長 殿

_____年度 茨城歯科専門学校入学試験における個人成績の開示を下記により申請します。

記

(歯科衛生士科・歯科技工士科) ← 該当する学科に○印

受験番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
住所	〒 —
電話番号	— —
提出書類を確認し、確認欄に○印を記入してください。	
確認欄	入学試験個人成績開示申請書
	受験票 (原本)
	返信用封筒 (長形3号 簡易書留分の切手貼付)

※申請者は受験者本人に限ります。

※開示申請受付期間は、合格発表日より1カ月間 (消印有効) です。

※本校使用蘭

受理日	年 月 日 担当 ()
通知日	年 月 日 担当 ()