

獨協医科大学医学部一般選抜の成績開示申請書

年 月 日

獨協医科大学長 殿

受験番号 _____

請求者氏名 _____ (印)

住 所 〒 _____

電話番号 () _____

令和4年度医学部一般選抜第1次試験における私の成績について情報開示を申請します。

※注意

1. 開示の対象者は、受験した本人のみとします。代理人への開示は行いません。
2. 以下の書類を添付し、学務部入試課へ提出（郵送のみ）してください。
 - ①一般選抜受験票 ※受験票がない場合は、本人確認ができる公的証明書（健康保険証（写し）等）
 - ②返信用封筒（個人成績を記載した書類を郵送するためのものです。必ず受験した本人宛で簡易書留郵便にしてください。404円（簡易書留郵便料）切手貼付のこと。）
3. 申請書類の提出先
〒321-0293
栃木県下都賀郡壬生町北小林 880
獨協医科大学 学務部入試課