

申請年月日 年 月 日

大阪保健医療大学 学長 殿

## 入学試験・個人成績開示請求書

年度入学試験における個人成績等について、開示を請求します。

実施試験	( ) 入学試験
学 科	<input type="checkbox"/> 理学療法学専攻 <input type="checkbox"/> 作業療法学専攻 <input type="checkbox"/> 言語聴覚専攻科
受 験 番 号	
氏 名	印
連 絡 先 現 住 所	〒

※申請時に入学試験受験票を請求時に提出してください。

※ 担当者受理月日 : \_\_\_\_月 \_\_\_\_日