

入学試験成績開示請求書

令和 年 月 日

国立障害者

リハビリテーションセンター総長 殿

氏 名

㊟

住 所

電話番号

下記のとおり、令和6年度国立障害者リハビリテーションセンター学院入学試験の成績について開示を請求します。

受 験 学 科

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師教育課程

受 験 番 号

NO.

本人であることを
証明する書類

運転免許証 健康保険証 その他（ ）

備 考

1. 入学試験成績開示請求書に、受験者本人であることを証明する書類の写しを添付の上、下記請求先に郵送又は学院事務室窓口に直接持参してください。郵送の場合は封筒の表に「入学試験成績開示請求」と明記してください。
2. （郵送にて回答書の交付を希望する方）返信用封筒は長3とし、郵便料金に簡易書留料金を加えた434円分の切手を貼付してください
3. 返信用封筒の表には、請求者本人のあて先（郵便番号、住所、氏名）を記載してください。
4. 学院教官室で回答書の交付を希望する方は、備考欄に「窓口交付希望」と記載してください。
5. 請求先 〒359-8555 埼玉県所沢市並木4丁目1番地
国立障害者リハビリテーションセンター学院
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師教育課程教官室
TEL 04-2995-3100 内線2618