

【期間外提出無効】請求期間：2023年9月26日（火）～9月29日（金）

Request Period, must arrive: 2023 September 26 (Tue) - 2023 September 29(Fri)

※枠内の記入欄はもれなく記入してください。

Please fill out the form completely.

年	月	日
yyyy	mm	dd

大阪大学大学院医学系研究科長 殿
Dean of the Graduate School of Medicine, Osaka University

入学試験個人成績開示依頼書 Request Form for Disclosure of the Entrance Examination Results

2024年度大学院修士課程入学試験における個人成績について、開示を依頼します。

I request disclosure of the results of my Master's Course Entrance Examination for the 2024 Admission.

受験番号 E x a m N u m b e r		e m a i l	
氏名 N a m e		電話番号 Phone Number	
住所 Address	※送付先住所（返信用封筒に記入した日本国内の住所）を記入してください。 Write the address in Japan (the same address on the "Self-addressed Stamped Envelope"). 〒		
添付書類（同封したことを確認のうえ、□内に✓してください。） Attached documents (Check the boxes of the documents you have enclosed.)			
<input type="checkbox"/> 受験票 Examination Slip <input type="checkbox"/> 返信用封筒 Self-addressed Stamped Envelope 注①：長形3号封筒を使用すること Only 120mm x 235mm sized envelopes are acceptable. 注②：404円分の切手（簡易書留郵便定形25g分送料）を貼付すること Attach a 404JPY stamp (charge for 25g registered mail). 注③：宛名に受験者本人の日本国内の郵便番号、住所、氏名を明記すること Write your postal code, address, and name on the envelope. Only addresses in Japan are acceptable.			

※送付先「〒565-0871 吹田市山田丘2番2号 大阪大学医学系研究科教務課学生支援係」

※封筒に「2024年度修士課程入学試験成績開示請求」と朱書きしてください。

Send this form to the following address:

GAKUSEISHIEN-KAKARI, Graduate School of Medicine, Osaka University

2-2 Yamadaoka, Suita, Osaka, JAPAN 565-0871

Write "Request for Disclosure of the Entrance Examination Results of Master's Course" on the envelope.