

試験成績開示請求書

高知県・高知市病院企業団企業長 様

高知県・高知市病院企業団（高知医療センター）職員採用試験の私の成績の開示を求めます。

令和7年 月 日

請求者

（住所）

（氏名）

（受験番号）

【郵送による請求】

必要事項を記入のうえ返信用封筒（定形長3封筒）を同封して、高知県・高知市病院企業団事務局総務課に郵送で請求してください。請求期間：令和7年10月1日(水)から令和7年11月4日(火)まで

* 返信用封筒には必ずあて先を明記し、返信用切手460円（簡易書留相当分）を貼付してください。