

別紙 2

試験成績開示請求書

令和3年度高知県任期付職員（公衆衛生医師）採用選考考査の私の成績の開示を求めます。

令和 年 月 日

請求者

住 所 _____

氏 名 _____

受験番号 _____

※ 開示を請求する場合は、採用候補者の決定通知日の翌日から3か月以内に、試験成績開示請求書に必要事項を記入のうえ、404円切手を貼り、あて名を明記した返信用封筒（定形：縦14～23.5cm×横9～12cm）を同封して、郵送で請求してください。