

入学試験に係る疑義申立書

年 月 日

愛知医科大学長 殿

愛知医科大学医学部入学試験に係る疑義申立てを行います。

受験番号		生年月日	年 月 日
フリガナ			
氏名(直筆)			
住所	〒		
電話番号			
疑義を申立てる 選抜区分	例) ○○年度医学部一般選抜		
疑義の内容 及び 理由			