

受 験 票

令和 4 年度公立甲賀病院研修歯科医選考試験

※ 受験番号	
氏 名	
受験希望日	令和 年 月 日

受 験 票

令和 4 年度公立甲賀病院研修歯科医選考試験

※ 受験番号	
氏 名	
受験希望日	令和 年 月 日

4.5 cm × 6cm

(上半身)

(履歴書の写真と
同一のもの)

(裏面に氏名を記入)