**受 験 票**

**令和5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** |

　　　　　　※受験番号は病院が記入します。

**受 験 票**

**令和5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** |

 ※受験番号は病院が記入します。

 4.5㎝ × 6cm

 （ 上半身 ）

 （履歴書の写真と

 同一のもの）

 （裏面に氏名を記入）