**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）