

受 験 票

令和5年度京都府立医科大学附属病院研修医選考試験

受験番号	※
氏 名	

写 真 票

令和5年度京都府立医科大学附属病院研修医選考試験

受験番号	※
氏 名	

3cm×4cm
3ヶ月以内に撮影した
正面上半身脱帽の写真

(試験願書の写真と
同一のもの)
(裏面に氏名等を記入)

この欄に貼付すること