

受 験 票

令和8年度京都府立医科大学附属病院基礎研究医プログラム研修医選考試験

受験番号	※
氏 名	

写 真 票

令和8年度京都府立医科大学附属病院基礎研究医プログラム研修医選考試験

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

(履歴書の写真と
同一のもの)
(裏面に氏名等を記入)
この欄に貼付すること