

受 験 票

令和4年度 京都第二赤十字病院 歯科臨床研修医採用試験

		番号 ※
氏名		

写真欄
3cm×4cm
3ヶ月以内に撮
影したもので、
脱帽上半身正面
像のこと。

- 注) 1. 氏名を記入して下さい。
2. 番号欄は記入しないで下さい。
3. 写真は履歴書と同じものを貼って下さい。
4. 枠線にそって切り取って提出下さい。