

受 験 票

令和4年度大阪市立大学医学部附属病院群臨床研修医選考試験

受験番号	※
氏 名	

※ 記入しないこと。

正面上半身脱帽
の写真(裏面に氏
名を記入)をこの
欄に貼付すること

縦4cm × 横3cm