

※欄は記入しないこと

※受験番号

京都大学口腔外科および関連病院
医員選考試験願書

令和 年 月 日

写真貼付 3cm×4cm

3ヶ月以内に撮影した正面
上半身脱帽の写真(写真票
の写真と同一のもの、裏面
に氏名を記入)

この欄内に貼付すること

京都大学口腔外科および関連病院医員選考試験の受験を申し込みます。

ふりがな	
氏名	
生年月日・性別	昭和・平成 生 男・女 (いずれかを○で囲んで下さい)
現住所 (建物名・部屋番号 まで詳細に)	〒 (-) <input type="checkbox"/> ← この住所に受験票の送付を希望する TEL - - 携帯電話 - -
E-mail	
帰省先・実家等	〒 (-) <input type="checkbox"/> ← この住所に受験票の送付を希望する TEL - -
出身大学 卒業年次	大学 平成/令和 年卒業
出身大学院 修了年次	大学大学院 平成/令和 年修了