

独立行政法人地域医療機能推進機構大阪病院

広域連携型プログラム

2027年度採用 初期臨床研修医選考試験

受 験 票

※受験番号	
氏 名	

正面上半身脱帽
の写真（願書の写
真と統一のもの）
裏面に氏名を記入
のうえ、この欄に
貼付すること

（タテ 4cm×ヨコ 3cm）