

2027年度 大阪公立大学 大阪府指定医療枠特別選抜
写 真 票

志望学部	医学部		
志望学科	医学科		
受 験 番 号	※		
フリガナ			
氏 名			
生年月日	西暦	年	月 日 生
写真貼り付け欄 上半身無帽正面3か月以内に撮影したもの。写真の裏に志望学部、学科、氏名を記入し、点線の大きさにして、しっかりと貼り付けてください。 4cm×3cm			

※印欄は記入しないでください。