

臨床研修評価表

氏 名 _____

生年月日 西暦 年 月 日

総括的評価

A **B** **C** **D**

評価者のコメント (特記事項がありましたらご記入願います)

()

臨床研修において上記評価となることを証明する。

西暦 年 月 日

臨床研修機関名 _____

職 名 _____

評価責任者 _____ (印)

<総括的評価の記入について>

- 臨床研修医期間の勤務態度、知識、信頼性、等を総合的に評価してください。
- 評価「D」は、合否判定で大きなマイナス項目となります。
- 評価を「C」以下とされた場合には、評価者のコメントもご記入願います。

受験及び就学承諾書

藤田医科大学大学院
医学研究科長 殿

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日

上記の者が、2020年度 藤田医科大学大学院 医学研究科の
社会人選抜入学試験を受験することを承諾します。

なお、本人が貴大学院医学研究科に入学する場合は、在職のまま
就学することを承諾します。

西暦 年 月 日

勤 務 先
機 関 名

所 在 地

代表者氏名

[公印又は職印]

※本学医学部在職中の者又は本学医学部に在職を予定している者は、所属長
(講座教授等) の承諾を得てください。