

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。