

# 豊橋市民病院専攻医（専門研修プログラム）申込書

令和 年 月 日

豊橋市長 様

申込者 住所

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話

私は、貴院において令和6年度豊橋市民病院専攻医（専門研修プログラム）を希望しますので、下記の様式を各1部添えて申し込みます。

1. 履歴書（当院様式）
2. 医師免許証の写し等資格を確認できるもの
3. 保険医登録票の写し等登録を確認できるもの
4. 臨床研修修了見込証明書  
または臨床研修修了登録証（厚生労働省発行）の写し
5. 臨床研修評価表（当院様式）（要厳封）



資格・免許	資格(免許)取得(見込)年月日
医師免許	昭・平・令 年 月 日
臨床研修修了	昭・平・令 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日
	昭・平・令 年 月 日

特定の地域又は医療機関で勤務すると免除される奨学金制度を利用されていますか。

利用している                       利用していない

趣味・特技	自覚している性格
豊橋市民病院を希望する理由	
自己PR(これだけは他人に負けないこと)	

上記のとおり関係書類を添えて受験申込みいたします。  
 なお、私は地方公務員法第16条に定める欠格条項に該当しません。  
 また、この履歴書のすべての記入事項に相違ありません。

令和 年 月 日

豊橋市長 様

本人氏名 \_\_\_\_\_

# 臨床研修評価表

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

総括的評価（A～Dのうち1つを○で囲んでください）

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ください）

[ ]

臨床研修において、上記のとおり証明します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

臨床研修機関名 \_\_\_\_\_

評価責任者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(職名 \_\_\_\_\_ )

< 総括的評価の記入について >

- ・臨床研修医期間中における勤務態度、知識、信頼性 等を総合的に評価してください。
- ・評価「C」または「D」とされた場合には、理由等について上記「評価者のコメント欄」へご記入ください。