|  |
| --- |
| **卫 生 技 术 人 员 进 修****考 核 鉴 定 表****进修专业/科目****选送单位：****姓 名****职 称****电话号码****进修期限：年月日至年月日****平顶山第一人民医院 平顶山学院第一附属医院** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 政治面貌 |  | 学 历 |  | 职 称 |  |
| 进修科室 |  | 起止时间 |  |
| 自 我 鉴 定签字：年 月 日 |
| 带教老师评语：签字：年 月 日 |
| 科室考核意见：优 □良 □中 □及格 □不及格 □科室负责人签字：年 月 日 | 医院意见：鉴定等次：优 □ 良 □中 □ 合格 □不合格 □是否准予结业：是 □ 否 □结业证书编号：职能科室负责人签字： 年 月 日 |

注：自我鉴定重点总结业务实践及理论学习收获，如进修多个科室，本页可延续。