楚雄州第二人民医院

进修人员鉴定表

进修生姓名

进 修 科 目

选 送 单 位

填 表 日 期

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 文化程度 |  | 职务职称 |  | 参加工作时间 |  |
| 政治面貌 |  | 工作单位 |  |
| 本人工作简历 |  |
| 进修科目要求 |  |
| 进修时间 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进修结业鉴定 | 自我鉴定 |  |
| 科室鉴定 |   科室负责人： 年 月 日 |
| 进修单位领导意见 | 负责人： 年 月 日 |
| 发证审批意见 |  （公章） 年 月 日 |
| 备注 |  |