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 |  |