

普洱市思茅区人民医院

进修人员鉴定表

姓 名:_____

进修科目:_____

选送单位:_____

联系电话:_____

邮 编:_____

姓名		性别		出生年月		粘 贴 照 片
民族		学历		专业		
政治面貌		职称		婚姻		
健康状况		参加工作时间				
主要 学 历	学 习 时 间			学 校、进 修 单 位 名 称		
	年 月	年 月				
	年 月	年 月				
工 作 经 历	履 职 时 间			单 位 名 称	职 称	
	年 月	年 月				
	年 月	年 月				
个 人 业 务 能 力						
进 修 科 期 室 限	科 年 月 至 年 月					
	科 年 月 至 年 月					
进 修 要 目 求						
选 位 送 意 单 见	签字(章) 年 月 日					
接 审 收 核 单 意 位 见	签字(章) 年 月 日					

<p>进个 修人 结鉴 束定</p>	
<p>科 室 鉴 定 (含 考 勤)</p>	<p style="text-align: right;">科主任（护士长）签字(章) 年 月 日</p>
<p>科 护 教 理 科 部 意 见</p>	<p style="text-align: right;">签字(章) 年 月 日</p>
<p>进时 修间</p>	<p style="text-align: center;">年 月 日报到至 年 月 日离院</p>
<p>备 注</p>	