

附件 3

山东省戴庄医院 进修人员鉴定表

姓 名 _____

进修科目 _____

进修时间 _____

姓名		性别		年龄		职称	
----	--	----	--	----	--	----	--

籍贯	省（市）	县（市）	文化程度	
----	------	------	------	--

选送单位：

进修科目		进修时间	年 月至 年 月
------	--	------	----------

自我鉴定

进修生签章

年 月 日

进修期限		年 月 日至 年 月 日					
进修考勤		全勤		病假		事假	
科室考核	医德						
	技能						
	医疗文件						
	成绩	医德	优、良、差	技能	优、良、差	医疗文件	优、良、差
	带教人员（签名）： 年 月 日						
	科（室）鉴定意见：						
科主任签名： 年 月 日							
医教部鉴定意见：							
签 章 年 月 日							

