

进 修 培 训 人 员 鉴 定

姓 名_____

进修科目_____

进修专业_____

选送单位_____

起止日期_____

宜 兴 市 人 民 医 院
江苏大学附属宜兴医院

姓名		性别		年龄	
民族		学历		职称	

阶段小结:

进修内容: _____ 时间: 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

业务自我小结:

科室考核:

科负责人签字:

阶段小结:

进修内容: _____ 时间: 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

业务自我小结:

科室考核:

科负责人签字:

阶段小结：

进修内容：_____时间：自_____年____月____日至_____年____月____日

业务自我小结：

科室考核：

科负责人签字：

自我鉴定

科室意见

带教老师签字:

科室护士长签字:

日期:

医院意见

日期: