西南医科大学附属自贡医院

进 修 申 请 鉴 定 表

进 修 专 业

进 修 期 限

进修生 姓 名

选 送 单 位

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 是否党团员 |  | 现任职称 |  |
| 何年何校毕业 |  | 从事何种专业多少年 |  |
| 进修科别 |  |
| 本人经历及技术水平： |
| 进修目的要求：   |
| 选送单位意见： 年 月 日 |
| 接收单位意见： 年 月 日  |
| 自 我 鉴 定 |
| 进 修 考 核 表（由科室填写） |
| 学习期考核考勤内容 | 进修安排：门诊（ ）月 急诊（ ）月 病房（ ）月其他： |
| 考试、考核成绩：理论 技术操作：优 良 差医疗文件书写：优 良 差 服务态度：优 良 差 |
| 考勤：事 假 （ ）天 病假（ ）天 无故缺勤 （ ）天 夜班（ ）天 接触放射线（ ）天 |
| 科室意见： 科主任或护士长： 带教老师： 年 月 日 |
| 进修期间完成的科研论文或参与的科研项目： |
| 有无医疗差错及事故（如有须另附材料） |
| 医院意见（公章） 年 月 日 |