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 | | | | | | | | | | | | |