**西南医科大学附属自贡医院**

**自贡市精神卫生中心**

**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 | |  | 贴  照  片  处 |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 专 业 |  | |
| 职 称 |  | 进修科别 |  | 是否转科 |  | |
| 毕业时间 |  | | 毕业院校 |  | | |
| 手机号码 |  | | 电子邮箱 |  | | | |
| 本人经历及技术水平： | | | | | | | |
| 进修目的要求： | | | | | | | |
| 选送单位意见：    （公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 接收单位意见：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 自 我 总 结 | |
| 进 修 考 核 表（由科室填写） | |
| 学习  期间  考核  考勤  内容 | 进修安排：门诊（ ）月 急诊（ ）月 病房（ ）月  其 他： |
| 结业理论成绩： 分 结业技能成绩： 分  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 |
| 科室评语：  科主任或护士长（签字）：    带教老师（签字）：  年 月 日 | |
| 是否参与科研论文撰写或参与的科研项目： | |
| 有无医疗差错及事故（如有须另附材料）： | |
| 进修机构意见:  （公章）  年 月 日 | |