武汉儿童医院 武汉市妇幼保健院

武汉市妇女儿童医疗保健中心

进修生结业鉴定书

姓 名：

工作单位：

联系电话：

填表日期：20 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年龄** |  | 照片 |
| **从事专业** |  | **进修专业** |  | **职称** |  |
| **身份证****号 码** |  |
| **进修时间** | 从20 年 月 日-20 年 月 日。 |
| **进修学员自我鉴定** |
| 个人签名：20 年 月 日 |
| **结业考核和鉴定** |
| **科室鉴定意见** | 科室一 | 带教老师鉴定意见：带教老师签字：20 年 月 日 |
| □同意结业□不同意结业□暂缓结业：科室负责人签字：20 年 月 日 |
| 科室二 | 带教老师鉴定意见：带教老师签字：20 年 月 日 |
| □同意结业□不同意结业□暂缓结业：科室负责人签字：20 年 月 日 |
| 科室三 | 带教老师鉴定意见：带教老师签字：20 年 月 日 |
| □同意结业□不同意结业□暂缓结业：科室负责人签字：20 年 月 日 |
| 科室四 | 带教老师鉴定意见：带教老师签字：20 年 月 日 |
| □同意结业□不同意结业□暂缓结业：科室负责人签字：20 年 月 日 |
| **医院主管部门意 见** | 在本院进修期间受到科主任及科室同事的一致好评，对其为人处事以及工作态度给予认可。望再接再历，在今后的工作中，充分发挥个人优点，将所学服务于民，成为单位医护工作新力量。签章：20 年 月 日 |
| 备注 |  |

医院官方网址: <https://www.zgwhfe.com/etyy/de/detail_home/2_2_183.html>下载本表单

医务部咨询电话Tel: (027)82433161