附件3

进修生鉴定表

**姓名**

**单位**

**进修专业**

**进修起止时间**

成都市妇女儿童中心医院

|  |
| --- |
| 轮转科室： 轮转起止时间： 年 月 日至 年 月 日 |
| 进修学习小结签名： |
| 科室考评 |
| 考勤情况：病假 天 事假 天 其它 天 夜班 天 存休 天 |
| 轮转安排：门诊 月 病房 月 实验室 月 其它 月 |
| 考核情况： 理论考试 分；技术操作 分：病历书写 分服务态度 分；发生差错事故 是 否  |
| 进修病房或专业组鉴定：  科主任签字： |
| 进修学习总结 签名： |
| 医务部意见： 盖章： 年 月 日 | 科教部意见： 盖章：年 月 日 |