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 |