附件3

成都市妇女儿童中心医院

进修生鉴定表

**姓名：**

**身份证号：**

**选送单位：**

**进修专业：**

**进修起止时间：**

|  |
| --- |
| 轮转科室：轮转起止时间： 年 月 日至 年 月 日 |
| 进修学习总结 本人签字： |
| **科室考评** |
| 考勤情况：迟到 天 早退 天 旷工 天病假 天 事假 天 其它 天（具体说明： ） 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 (百分制) 服务态度 分；发生差错事故：□ 是 □ 否 教学秘书签字： |
| 科室评价： 科主任签字： |
| 医务部意见：盖章： 年 月 日 | 科教部意见： 盖章：年 月 日 |