**进 修 人 员 结 业 鉴 定 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  |
| 选送单位 |  | 职称/职务 |  |
| **进修科室** |  | **起止时间** | **年 月 日— 年 月 日** |
| 自我鉴定 |  |
| 科室意见 | 带教老师签字：科主任签字：（此表将作为职称评审资料登记归档，请老师字迹清晰） 科室盖章 |
| 医院意见 | 盖 章 年 月 日 |