

进修自我鉴定：

签名：

年 月 日

科室鉴定：

结业考核成绩

优秀

良好

合格

不合格

指导老师签名：

科主任签名：

年 月 日

科主任签名：

医院鉴定：

盖章：

年 月 日

医药卫生人员进修申请表

姓 名 _____

选送单位 _____

进修科目 _____

填表时间 _____

联系电话 _____

广西壮族自治区南溪山医院

姓名		性别		年龄		籍贯	省	县(市)
文化程度		民族		何时何院校毕业				
技术职称		是否党团员		身份证号				
医师资格证书编码		执业助理医师资格证书编码			医师(护士)执业证书编码			
主要学历及经历								
目前业务能力及外语水平								
政治思想表现								

进修专业及时间			
进修目的要求			
选送单位意见			
接收科室审查意见	科主任签名: 年 月 日	接收单位审查意见	盖章 年 月 日