**进修生审查、鉴定表**

**进修生姓名 ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**选 送 单 位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**青海省中医院**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **民 族** |  |
| **政治面貌** |  | **籍 贯** | **省（市） 县（区） 乡（街）** | | | | |
| **身体情况** |  | | **现详细通讯处** | | |  | |
| **进修专业** |  | | **接收地区、单位** | | |  | |
| **本 人 学 历 、 社 会 简 历** | **签章**  **年 月 日** | | | | | | |
| **政 治 思 想 表 现** |  | | | | | | |
| **业 务 能 力** |  | | | | | | |
| **进修时间及对进修的主要要求** |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **选 送 单 位 意 见** | **签章**  **年 月 日** |
| **州（市）县卫生局（科）意见** | **签章**  **年 月 日** |
| **上 级 审 查 意 见** | **签 章**  **年 月 日** |
| **接收进修地区、单位审批意见** | **签章**  **年 月 日** |

|  |  |
| --- | --- |
| **个**  **人**  **鉴**  **定** | **本人签字：**    **年 月 日** |
| **科**  **室**  **鉴**  **定** | **负责人\_\_\_\_\_\_**    **年 月 日** |
| **医**  **院**  **鉴**  **定** | **签章**  **年 月 日** |

**备注：此表进修生学习结束后，寄往选送单位存档**