

蕲春县人民医院进修生结业鉴定

姓 名		进修专业	
进修时间	_____年__月__日 至 _____年__月__日		
个人 结业 鉴定			

进修 科室 评语	科室负责人签名： 年 月 日
成绩 考核	理论知识：☐优秀 ☐良好 ☐合格 ☐较差 实践操作：☐优秀 ☐良好 ☐合格 ☐较差 科室负责人签名： 年 月 日
进修 单位 意见	签名（盖章） 年 月 日