进 修 鉴 定 表

**姓名：**

**单位：**

**进修科目：**

**进修时限：**

**广州市第一人民医院**

**二零 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **籍 贯** |  |
| **政 治 面 目** |  | **学 历** |  | **职 称** |  |
| **自****我****鉴****定** |  |
| **业****务****考****核****情****况** |  |
| **科****室****鉴****定** |  |
| **医****院****意****见** |  |