南京市中医院进修人员综合鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |  |
| 学 历 | |  | 职 称 |  | 政治面貌 |  |
| 进修科目 | |  | | 起止时间 |  | |
| 工作单位 | |  | | 联系方式 |  | |
| 自 我 小 结 | （可续页）      签 名:    年 月 日 | | | | | | |
| 科 室 鉴 定 意 见 | 科室负责人签名:    年 月 日 | | | | | | |
| 进 修 单 位 意 见 | (公章) 年 月 日 | | | | | | |