

编 号	
科 别	

文山州中医医院

进修人员登记表

进修科目：_____

姓 名：_____

选送单位：_____

填表日期：_____

姓名		性别		年龄		民族		籍贯		是否 党团员	
单位				文化程度		联系电话					
进修科别 或专业				进修时间	由 年 月 日起						
					至 年 月 日止						
（何时 毕业于何院校） 主要 学历和 简历											
进修 内容和 要求											
选送 单位 意见	（公章） 年 月 日										
接受 单位 意见	（公章） 年 月 日										

注：请用钢笔正楷填写，加盖公章后送至我院后方可来我院报到进修。

进 修 鉴 定（结束时填写）

本
人
自
我
鉴
定

本人签名：_____ 年 月 日

科
室
鉴
定

科领导签名：_____ 年 月 日

附：专业理论及实践技能考核（指进修期间的考核）

考 核 日 期	考 核 内 容	成绩记录	指导教师
科教科(或护理部) 意 见	（公章） 年 月 日		