



安徽医科大学第一附属医院

进修人员鉴定表

姓 名：_____

进修科目：_____

进修时限：_____

起止年月：_____年____月至_____年____月

选送单位：_____

填表日期：_____年_____月_____日

自 我 鉴 定

如不够填写,请另加附页

科 室 考 核 意 见

科主任签名

科室公章

年 月 日

主 管 部 门 意 见

公章：

年 月 日

弘德善醫
孫志時

地 址:合肥市蜀山区绩溪路 218 号安徽医科大学第一附属医院行政楼

邮 编:230031

联系电话:医务处 0551 - 62922971 护理部 0551 - 62922005