**自贡市第四人民医院**

**卫生技术人员培训结业**

**考核鉴定表**

**姓 名：**

**培训科室：**

**培训时限： 年 月- 年 月**

**工作单位：**

**自贡市第四人民医院**

**二零 年　 月　 日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 个人总结 |  | | |
| 科室成绩考核 | 理论成绩（分） | |  |
| 操作考试项目 | |  |
| 操作成绩（分） | |  |
| 带教老师意见及建议 |  | 带教老师签名：  年 月 日 | |
| 所在科室意见 | 护士长签名：  　　年　　月　　日 | | |
| 护理部意见 | 盖章：  　年　　月　　日 | | |