**参观学习人员培养考核鉴定表**

**姓 名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**性 别 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**年 龄 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**学习专业\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**学习时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**工作单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填表日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**遵义医科大学第二附属医院**

**填写说明**

1.本考核表由本人保管，逐面认真填写。

2.每轮转一个科室或部门均需自我小结，并由科室带教老师填写评语。

3.不需轮转者，亦应每3个月小结一次。

4.参观学习结束先由本人自我鉴定，再经科室填写评语后交医务部鉴定盖章，由本人带回原单位。

5.科室综合评价为“差”的，不予结业。

**参观学习人员基本情况**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 选送单位名称 |  |
| 选送单位地址 |  | 邮编 |  |
| 毕业院校 |  | 最高学历 |  |
| 专业 |  | 职称 |  |
| 轮转科室名称 | 参观学习起止日期 |
|  | 年 月 日至 年 月 日 |
|  | 年 月 日至 年 月 日 |
| 本次参观学习内容及要求： |

|  |
| --- |
| 自我鉴定：签名： 年 月 日 |

**阶段小结（一）**

|  |
| --- |
| 轮转科室名称： |
| 科室综合评价：好□ 良好□ 一般□ 差□  |
| 服务态度 | 劳动记录 | 业务能力 | 病史书写 | 政治学习 |
| 好□ | 好□ | 好□ | 好□ | 好□ |
| 良好□ | 良好□ | 良好□ | 良好□ | 良好□ |
| 一般□ | 一般□ | 一般□ | 一般□ | 一般□ |
| 差□ | 差□ | 差□ | 差□ | 差□ |
| 医疗纠纷 起 | 医疗差错 起  | 医疗事故 起  |
| 科室评语：带教老师签名： 科主任/护士长签名： 年 月 日 年 月 日  |

**阶段小结（二）**

|  |
| --- |
| 轮转科室名称： |
| 科室综合评价：好□ 良好□ 一般□ 差□  |
| 服务态度 | 劳动记录 | 业务能力 | 病史书写 | 政治学习 |
| 好□ | 好□ | 好□ | 好□ | 好□ |
| 良好□ | 良好□ | 良好□ | 良好□ | 良好□ |
| 一般□ | 一般□ | 一般□ | 一般□ | 一般□ |
| 差□ | 差□ | 差□ | 差□ | 差□ |
| 医疗纠纷 起 | 医疗差错 起  | 医疗事故 起  |
| 科室评语：带教老师签名： 科主任/护士长签名： 年 月 日 年 月 日  |
| 参观学习单位意见：盖章: 年 月 日 |