**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 | | | | | | |