附件6

山东第一医科大学附属青岛眼科医院

结业鉴定

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性　别 |  | 年　 龄 |  |
| 籍　贯 |  | 政治面貌 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位详细联系地址 |  | 职　　称 |  |
| 联系电话、邮编 |  | 工作单位 |  |
| 进修内容 |  | 进 修 时 间 |  |
| 科室鉴定 | 签字：年 月 日 |
| 单位意见 | 签字： （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |