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 |  | | | | | | | |