**附表2**

**医 药 卫 生 人 员**

**进修考核表**

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

进修专业\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

进修时间\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

选送单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二O 年 月 日 填写

|  |
| --- |
| **进修计划** |
|  |
| **考核结果** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 进修部门意见 | 部门公章 | 负责人签名  年月日 |
| 进修学院意见 | 部门公章 | 负责人签名  年月日 |
| 进修管理部门意见 | 部门公章 | 负责人签名  年月日 |