附件2

培养对象结业考核资格审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 职称 |  | 最高学历/学位 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 结业论文题目 |  |
| 自我鉴定(主要包括完成学习任务情况，三年来学习取得的成绩和存在的问题等)**培养对象（签名）：** 2022年 月 日 |
| 所在单位意见（对培养对象学习期间的表现进行综合评价，明确是否同意培养对象参加结业考核。）**负责人（签名）：**  **单位（公章）** 2022年 月 日 |
| 市级中医药主管部门审核意见（市级中医药主管部门主要根据年度考核情况、提交的考核材料及所在单位的意见，最终确定培养对象能否参加结业考核）**负责人（签名）：**  **单位（公章）** 2022年 月 日 |