附件2

南京医科大学康达学院

教职工赴行业实践单位进修鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  |
| 所在学部 |  | 学历/学位 |  | 职称 |  |
| 来院时间 |  | 联系方式 |  | | |
| 进修单位 |  | | | | | |
| 进修时间 | 年 月 日到 年 月 日，共 个月 | | | | | |
| 进修岗位和职务 |  | | | | | |
| 进修内容 |  | | | | | |
| 学部负责人意见 | （盖章）负责人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 教务处意见 | （盖章）负责人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 分管院领导意见 | 院领导签字：  年 月 日 | | | | | |
| 人力资源处备案 | （盖章）负责人签字：  年 月 日 | | | | | |