新 乡 医 学 院

干 部 培 训 结 业 鉴 定 表

班 次

姓 名

职 务

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 文化程度 |  |
| 民族 |  | 学 习时 间 | 自 月 日至 月 日 |
| 培训内容 |
|  |
| 培 训 小 结 |

|  |
| --- |
| 培 训 小 结 |

|  |
| --- |
|  |
| 组长鉴定 | 组长签字： 年 月 日 |
| 班级鉴定 |  班长签字： 年 月 日 |
| 组织部（党校）意见 | 盖 章 年 月 日 |