**江苏大学临床医学专业暑期认知实践鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **年级** |  | **班级** |  | **学号** |  |
| **实践单位全称** | | |  | | | | |
| **实践主要内容（学生填）：** | | | | | | | |
| **家长督学意见：**  **家长签名： 日期：** | | | | | | | |
| **医疗单位或社区居委会（村委会）意见：**  **签名： 盖章： 日期：** | | | | | | | |
| **学院课程教师审核意见：**  **教师签名： 日期：** | | | | | | | |

**江苏大学医学院**