

本人 意见	<input type="checkbox"/> 不同意续签 <input type="checkbox"/> 同意续签 <div style="text-align: right;">签字： 年 月 日</div>	
科 室 考 核 意 见	护士长评价：	护理部意见：
	科主任评价及意见： <input type="checkbox"/> 优秀 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 不同意续签 同意续签： <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> 3年 新合同增补/修改条款： 1、 2、 <div style="text-align: right;">签字： 年 月 日</div>	
单位 意见	<div style="text-align: right;">签字： 年 月 日</div>	