暂缺住院医师规范化培训合格证承诺书

本人姓名：_____，性别：_____，身份证号：_____，报考岗位代码及名称：_____，由于_____的原因（请填写： 2020 年住院医师规范化培训结业；或其他情况），现本人承诺：

1.符合报考岗位的条件要求；

2．在 2020 年 10 月底前提交由省卫生健康委印发的住院医师规范化培训结业考核合格人员名单（包含本人）的相关文件。

否则，取消考试或聘用资格，本人承担相应后果。

承诺人：　　（亲笔签名）

时间：