承 诺 书

本人 ,现申请报名2025年周口市中心医院住院医师规范化培训 专业， **（人员类型）**学员，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。现做出以下承诺：

1.未在其它培训基地报名。

2.报名2025年住院医师规范化培训上报信息（包括身份证号、医师资格证编号、毕业院校、委派单位及专业等）均真实有效。

3.本人非在读研究生、并轨专硕研究生、中医、中西医结合专业毕业生，近三年内未在其他培训基地参加过住培，未取得住院医师规范化培训结业证书，培训三年内无考研计划。

如以上内容提供虚假、错误信息，本人愿就此承担相应责任。

 承诺人：

 委培单位：（公章）

2025年 月 日