附件

承诺书

兹有昆医大附一院住院医师规范化培训医师 （姓名），男/女，身份证号： 年级： ，培训专业 ，培训年限 年。已认真阅读2025年昆医大附一院云南省住院医师规范化培训结业考核报名要求，确认并承诺本人按照要求能于2025年12月底前达到培训年限要求、完成培训内容；取得执业医师资格证或2024年国家执业医师资格考试综合笔试成绩合格。提供给审核部门的相关资料真实、有效并已仔细核对相关报名信息。

本人自愿签署此承诺书，并保证上述承诺真实有效。如因个人原因未核实报名信息，弄虚作假、瞒报行为，造成的一切后果自行承担并愿意承担相应结果。

 承诺人：

 年 月 日