# 考生承诺书

本人 ，身份证号码： ，承诺所提交申请报考 （传统医学师承或传统医学确有专长）考核的资料真实有效，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。

承诺人签名并按手印：

 年 月 日

# 申请单位承诺书

考生 性别 年龄 身份证号码： ，从 年 月至 年 月在 从事传统医学临床实践活动时间已满五年，符合报名要求。

承诺：

一、已阅读《广东省卫生健康委员会 广东省中医药局关于传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试实施办法》。

二、了解考生申报的医术专长，并确认其在本单位从事传统医学临床实践活动满五年，推荐内容真实准确，如有虚假或违反相关规定，愿承担由此造成的不良后果。

三、愿配合审核部门的调查核实工作。

负责人（签名）：

单位名称（盖章）：

年 　月 　日