附件：

承 诺 书

姓名： ，身份证号码： ，本人承诺参加宁乡市卫健系统2020年专业技术人员公开招聘报名和资格复审提供材料真实有效，并在资格终审时提供毕业证原件和复印件，否则自愿放弃招聘资格。

承诺人（手写签名）：

日期：