**附件4：**

承 诺 书

(往届生)

姓名 \_\_\_\_\_\_\_性别 \_\_\_身份证号码 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

报考岗位 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人报名参加铜川市妇幼保健院高层次人才及紧缺特殊专业人才引进的考试，郑重承诺：

我保证:

1.符合《铜川市妇幼保健院高层次人才及紧缺特殊专业专业人才引进的公告》所要求的资格条件，是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 大学 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业的考生；

2.所填写的信息和所提供的材料（包括复印件）真实有效。

本人如有违反上述承诺事项，愿承担一切后果。

承诺人：

日 期： 年 月 日