附件2

2023年渭南市（澄城县）县及县以下医疗卫生机构

定向招聘医学类本科毕业生资格复审人员承诺书

本人 ，身份证号 ，在2023年陕西省县及县以下医疗卫生机构定向招聘医学类本科毕业生中报考 （单位），岗位简称 。现已进入资格复审环节，在此我郑重承诺：

1. 本人为 （身份）。

二、本人已详细阅读并知晓《2023年陕西省县及县以下医疗卫生机构定向招聘医学类本科毕业生招聘公告》内容，并承诺自觉遵守公告第三点第一条：“定向招聘人员须按照合同要求，在县及县以下医疗卫生机构最低服务期限为5年（不含住院医师规范化培训），服务期限内，不得以借调、工作帮助等方式借出或调走”。

三、本人承诺所提供的资格复审所需各类证明资料和证件等资格复审所需相关材料真实有效。已知晓资格审查贯穿于招聘工作全过程，如在后续体检、考察、公示、聘用试用期等环节核查发现不符合应聘岗位资格条件，或者存在刻意隐瞒、弄虚作假、伪造学历（证明）等其它材料等违纪违规情形的，一经查实取消应聘资格，并自愿接受相关处理。

承诺人（指印）：

联系方式：

年 月 日

**本人身份填写注意事项：**

1.应届毕业生；

2.往届未就业毕业生

3.往届已就业毕业生（写明工作单位全称及从事工作岗位）；

4.公务员、参照公务员法管理事业单位工作人员或事业单位工作人员正式在编在册的工作人员，服务期已满并已提交具有相应干部管理权限单位出具的同意报考证明。