附件二：

2023年渭南市蒲城县县及县以下医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生资格复审人员

承 诺 书

本人姓名: ，身份证号： ，报考岗位名称： 。我已详细阅读并知晓《2023年陕西省县及县以下医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生招聘公告》和《2023年渭南市蒲城县县及县以下医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生招聘资格复审人员承诺书》内容，在此我郑重承诺如下：

2023年渭南市蒲城县县及县以下医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生招聘资格复审环节提供所有材料、证件真实准确有效。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、试用期等环节核查发现不符合应聘岗位资格条件，或者存在刻意隐瞒事业单位正式编制人员身份、弄虚作假、伪造学历（证明）及其它材料等违纪违规情形的，一经查实取消应聘及聘用资格，并自愿接受相关处理。自觉遵守事业单位公开招聘工作纪律，不散布事业单位招聘方面的虚假信息，以及其他应聘人员的相关信息。

承诺人签字（指印）： 联系电话：

2023 年 月 日