附件3：

2024年五莲县康复医院（日照市康复医院）

公开招聘部分工作人员诚信承诺书

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名 |  |
| 身份证号码 |  |
| 我已仔细阅读《2024年五莲县康复医院（日照市康复医院）公开招聘部分工作人员简章》，理解其内容，符合招考所要求的条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确，并自觉遵守公开招聘的各项规定，诚实守信、严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应责任。  报考人员签名：                   2024年    月    日       |