附件2：

申 请 人 承 诺 书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 申请人承诺 |  本人所提交的从事乡村医生身份及工作年限认定的所有材料，均真实可靠，无虚假行为，并对所提供的材料承担一切责任。 申请人签名（按手印）： 年 月 日 |
| 说明 | 1. 申请人应对所提供的各种材料真实性做出承诺，否则不予认定。2. 必须由申请人亲自签名。3. 如在认定中发现有弄虚作假行为，取消申请资格，并按照有关规定进行处理。4. 此承诺书随申报材料一同上报。 |

备注：此表一式两份，县、乡工作领导小组各一份。