附件4.

**（单位名称） 关于办理医师资格考试**

**考生报名资格审核的承诺书**

县（区）卫生健康局、社会事业（事务）局：

现由我单位 同志（身份证号码为： ）报送《2024年医师资格考试考生报名资格审核确认登记表》，本单位共计有 名考生参加报名资格审核，所提交登记表中的考生该年度均在我单位工作或试用，未在名单内的考生均不属于本机构人员且其所使用与本单位有关的报名材料本机构均不认可，该登记表一经提交后不再做任何修改，请给予办理为谢！

本机构已对所提交登记表内的考生报名资格和相关材料已完成核实，确认名单中考生提供的报考学历、专业、学制、学习形式、试用机构及试用岗位、报考类别、注册年限（助理医师报考执业医师）等信息与考生网报系统所填写信息一致且真实、完整、准确，对因考生不符合报考条件要求、信息填写错误、缺失及所提供的专业、学历、试用证明等与报考条件要求不一致造成的后果，本单位将承担相应责任，若名单中考生被核查为不属于本机构人员或提供虚假报名材料，本机构将承担相应处罚并接受录入诚信系统进行通报。

承诺人（机构负责人）签字： ，联系电话： 。

单位名称（加盖公章）

年 月 日