

附件 5

## 应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

姓名\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
本人于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日毕业于\_\_\_\_\_学校\_\_\_\_\_专业。自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月在\_\_\_\_\_单位医学专业工作实践将满 12 个月。

本人承诺将于今年医学综合考试前，将后续累计满 12 个月的《医师资格考试医学专业工作实践证明》及时交考点办公室。

如违诺，本人愿承担由此引起的责任，并接受取消当年医师资格考试资格的处理。

考生签字：

年 月 日