附件1

元谋县卫生健康局证明事项告知承诺书

一、申请人基本信息

姓名（名称）：

联系方式：

证件类型:

证件编号:

二、行政机关告知

（一）政务服务事项名称 ：

（二）证明事项(证明材料）内容：

（三）证明事项设定依据：

（四）告知承诺适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

（五）承诺的方式

本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交签字（盖章）后的告知承诺书原件。

本证明事项必须申请人作出承诺，不可代为承诺。

（六）承诺效力

申请人书面承诺具备与证明材料同等效力。

（七）不实承诺的责任

对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法依规处理。

三、申请人承诺

申请人现承诺持有以下符合要求和有关规定的材料（在□里勾选）：

□ 1.健康体检证明；

□ 2. 学历证书及专业学习中的临床实习证明。

本人已认真阅知并准确理解行政机关告知的全部内容，并对承诺内容的真实性、准确性负责。

以上所作承诺均为申请人的真实意思表示，申请人愿意承担由于本人不实承诺、违反承诺所产生的一切法律后果。

 行政机关(公章): 承诺人签字（公章）

 年 月 日 年 月 日

(本文书一式两份，行政机关与申请人各执一份。)