

资格信息	专业技术资格级别		专业技术资格类别/专业		批准日期	
	执业类别		执业地点			
	执业范围		注册有效期至		发证日期	
	职业资格级别		职业资格工种		发证日期	
	其它（如成绩合格证明等）					
	现场审核人员签字：					

承 诺 书

本人报名参加曲靖市妇幼保健院2019年第一次公开招聘编外合同制人员考试，现作如下承诺：

一、本人填写的报名信息、提供的证件及证明材料准确真实。如报名信息不实或证件证明材料虚假所造成的一切后果由本人承担。

二、本人承诺未与其他单位建立劳动关系，如本人提供虚假信息自愿放弃录（聘）用资格。

承诺人身份证号码：

承诺人签字（手印）：

年 月 日