

参加住院医师规范化培训承诺书

姓名_____，性别_____，系_____单位职工，
自_____年起至今正在参加住院医师规范化培训，培训基地医院
名称为_____，培训专业为_____。

本人承诺

本人已知晓并认可在学期间如不能取得医师资格证书及住院
医师规范化培训合格证书，不能申请硕士学位。

本人签名：

年 月 日