**温州医科大学附属眼视光医院住院医师规范化培训**

**入基地前参加临床工作情况真实性承诺书**

|  |  |
| --- | --- |
| **申**  **请**  **人**  **承**  **诺** | （请手写以下文字：  本人申请温州医科大学附属眼视光医院2025年度住院医师规范化培训年限减免，本人承诺所提交的临床工作情况及证明材料真实有效；未提供虚假信息或材料。一经发现虚假信息或材料，本人承担一切后果。）  以上内容请删掉。  承诺人签名：  年   月   日 |