

附件2:

2024年规培结业考试合格承诺书

本人 _____（姓名），身份证号 _____，
参加云南省卫生健康委所属和联系单位 _____ 年面向社会公
公开招聘工作人员考试，报考岗位代码 _____，岗
位名称： _____。

本人承诺将按时参加2024年住院医师规范化培训结业考
试，已知晓成绩合格方可视为符合招聘要求。如2024年住院
医师规范化培训结业考试不合格，自愿放弃该岗位的聘用资
格，本人承担一切后果。

承诺人（手签）：

日 期： 年 月 日