附件3

资格复审承诺书

本人姓名： ，身份证号： ，现参加运城市第二医院2023年公开招聘卫生专业技术人员资格复审工作，本人承诺符合本次公开招聘的相关条件，我所提交的身份证、毕业证、学位证等有关材料及证明的扫描件真实有效，如因提交虚假材料或隐瞒必要事项所导致无法聘用等一切后果，均由本人承担。

承诺人（签名）： 年 月 日