附件3:

证 明 人 承 诺 书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 现工作单位 |  | | | 与申请人关系 |  |
| 原工作单位 |  | | | 与申请人关系 |  |
| 证  人  承  诺 | 本人愿为 同志的从事乡村医生身份及从事乡村医生工作年限认定做证。  同志从事乡村医生身份属实，工作年限  年，情况均真实可靠，无虚假行为，并对所提供的物证及证词等承担一切责任。  证人签名（按手印）：  年 月 日 | | | | |
| 说  明 | 1. 凡参加做证人员均应对本人所提供的各种证件、证明材料和证言的真实性做出承诺，否则不予认定。  2. 必须由证人亲自签名并按手印，不得代签。  3. 如在认定中发现有弄虚作假行为，取消证人资格，证明材料作废，并按照有关规定追究责任。  4. 此承诺书随申报材料一同上报。 | | | | |

身份证复印件粘贴处

身份证复印件粘贴处

备注**：**此表一式两份，县、乡工作领导小组各一份。