附件3

**河南省卫生系列高级职称业务水平考试报名个人承诺书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | | | | | | 性别 | |  | | | | 身份证号 | | | | |  | | | | | | | | 报考级别 | | | | | 正高□ 副高□ | |
| 报考  专业 | | |  | | | | | | | 专业类别 | | 医疗类□ 护理类□ 药学类□ 技术类□ | | | | | | | | | | 评审类型 | | | | | | 正常□ 转评□ | | | | | | | |
| 工作  单位 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申报类型 | | | | | | 全省□ 基层□  乡镇社区副高□ | | | | | | | |
| 是否人事代理人员：是□ 否□  如是，请填写人事档案存放机构及存档编号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **学历、学位情况（报考使用的学历和学位）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学历层次 | | | | | | |  | | | | 毕业院校 | | | | | | |  | | | | | | 毕业证  书编号 | | | |  | | | | | | | |
| 毕业专业 | | | | | | |  | | | | 起止年月 | | | | | | |  | | | | | | 学习形式 | | | |  | | | | | | | |
| 学位层次 | | | | | | |  | | | | 授予院校 | | | | | | |  | | | | | | 学位证  书编号 | | | |  | | | | | | | |
| 学位专业 | | | | | | |  | | | | 起止年月 | | | | | | |  | | | | | | 学习形式 | | | |  | | | | | | | |
| 学习经历 | 学历 |  | | | 毕业学校及专业 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 起止时间 | |  | | | | | | 学习形式 | | | |  |
| 学历 |  | | | 毕业学校及专业 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 起止时间 | |  | | | | | | 学习形式 | | | |  |
| 学历 |  | | | 毕业学校及专业 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 起止时间 | |  | | | | | | 学习形式 | | | |  |
| 学历 |  | | | 毕业学校及专业 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 起止时间 | |  | | | | | | 学习形式 | | | |  |
| 学历 |  | | | 毕业学校及专业 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 起止时间 | |  | | | | | | 学习形式 | | | |  |
| **职称证书及聘任情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现有卫生职称名称及证书编号 | | | | | | |  | | | | | | 专业 | | | | | | | | |  | | | | | | 取得时间 | | | |  | | | |
| 现有职称  取得方式 | | | | | | |  | | | 评委会名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 聘任时间 | | | |  | | | |
| 现有卫生副高级职称类型（在对应□打√） | | | | | | | | | | 全省适用□  基层适用□  乡镇适用□ | | | | | | | | | 取得该职称时所在单位 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 其他职称及证书编号 | | | | | |  | | | | 专业 | | |  | | | | | | | | | 取得时间 | | | | |  | | | 聘任时间 | | |  | | |
| **医师资格、护士执业资格及执业证书情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格证书编号 | | | |  | | | | | | | | | | | 执业证书编号 | | | | |  | | | | | | 资格证取得  时间 | | | | | |  | | | |
| 主要执业地点 | | | |  | | | | | | | | | | | 医师资格类别 | | | | |  | | | | | | 医师执业范围 | | | |  | | | | | |
| 近5年执业医师、执业护士注册变更情况（变更时间、变更内容）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作经历： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在医疗机构情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 级别（在对应□打√） | | | | | | | | 三级□ 二级□ 一级□ 其他□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构许可证颁发机关  （社会办医疗机构填写） | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构地址（社会办医疗机构填写） | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承诺：以上内容真实有效，且符合相应的卫生高级业务考试报名条件，如有不实或不符，愿接受《专业技术人员资格考试违纪违规行为处理规定》（人社部第31号令）等国家和我省有关规定处理。**    工作单位（盖章） 单位法人签字： 承诺人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：1．本表格请用A4纸正反面打印，承诺栏签字处需用黑色签字笔手写;

2．报考条件以豫人社办﹝2022﹞29号、豫人社办﹝2022﹞30号等文件为准；

3．现有职称取得方式填写：初聘、考试或评审，评审获得者需填写评委会名称；

4．转评或转评后晋升者须在“其他职称”栏目填写其他系列或其他专业职称、专业、获得时间及聘任时间；

5．学习经历填写中专及以上学历，按时间顺序填写完整，学习形式填写全日制或非全日制；工作经历须按时间顺序填写完整；

6.个人承诺书一式三份，分别由用人单位、省辖市资格审核部门、省卫生健康委分别留存。