附件2

个人承诺书

本人（姓名） ，身份证号 ，系 院（系）

 专业2025年应届毕业生，自愿参加2025年铜川市为县以下医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生，保证填写的《报名表》信息真实有效，并承诺按期完成学业，在规定时间内（2025年9月30日前）取得 （大学专科/大学本科/研究生）学历和 （学士/硕士/博士）学位及招聘岗位所要求的 （具体资格证书名称）。如未能实现上述承诺，本人同意取消聘用资格。

承诺人（手写签名）：

 年 月 日