附件1：

同意参加住院医师规范化培训证明

xxx同志，性别： 。身份证号码： 。自 年 月入职，现系我院 科医生。

该同志工作经历如下：

1. 年 月 日至 年 月 日 XX医院\*\*科（ 级医院）

……

我单位同意该同志以全脱产方式参加住院医师规范化培训。按照《河北省住院医师规范化培训学员人事管理若干意见(试行)》（冀卫发〔2017〕9号）等有关规定，参加住院医师规范化培训期间，该同志人事档案由我院管理，我院承诺在住院医师规范化培训3年期间为其发放基本工资 (指岗位工资和薪级工资)和基础性绩效工资并缴纳社会保险。

特此证明。

单位联系电话：

联系人：

xx医院(加盖公章)

年 月 日

注：需用红色单位字头纸统一打印提供

附件2：

**河北省住院医师规范化培训招录承诺书**

一、本人仔细阅读河北省各住院医师规范化培训基地招生简章及招录计划、招录时间，理解且认可其内容，遵守招录过程相关纪律，服从安排，并将按规定完成相关程序。

二、本人招录所填写信息真实准确，照片系本人。不存在弄虚作假行为。

三、本人承诺若因本人在报名时填写信息错误，与事实不符而被取消报名资格，本人自行承担相关责任。

四、本人被河北省住院医师规范化培训基地录取后，将按照基地通知的时间报到，如不按时报到以个人违规退培处理，引起的后果由我个人承担。

考生签名： 身份证号：

联系方式：

年 月 日

附件3：

**应届毕业生个人承诺书**

xxx， 性别： 。身份证号码： 。自 年 月至 年 月就读于 大学 学院 专业。

因疫情原因本人在2022年6月26日前尚未取得学历、学位证书原件。本人承诺于2022年7月15日前将学历、学位证书原件提交报名基地审核，若个人提供虚假承诺将取消录取资格。

考生签名：

联系方式：

年 月 日