附件2临床实践训练经历满一年证明及个人承诺书本人于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日毕业于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学校\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业。自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月起，在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位进行临床实践训练，至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月临床实践训练时间满一年。本人承诺所获学位证书为专业学位，并将于今年8月23日前，将后续临床实践训练经历累计满一年的证明及硕（博）士毕业证书原件及复印件、学位证书原件及复印件（研究生毕业当年报名考生）交至考点办公室审核。如不能按时提交则视为自动放弃当年医学综合笔试考试资格。临床实践单位单位（章） 研究生院（章） 　 年 月 　日 承诺人签字： 承诺人身份证号：

手机号码： 注：此证明仅限报考国家医师资格考试用，请考生凭此证明和学生证原件及复印件参加报名。