附件1

**参加专科医师规范化培训结业综合笔试承诺书**

培训学员 身份证号 自 年 月 日起，在 医院参加专科医师规范化培训，至 年   月 日将完成所有培训任务。现本人承诺，将于2017 年 12 月 31日前，按时完成所有培训任务并通过培训基地后续轮转考核。如未完成所有培训任务或后续考核不合格，则培训基地将不能向培训学员发放《专科医师规范化培训合格证》。

培训学员签字：

培训基地医院（章）

年 月 日