**当年毕业研究生医师资格考试报考承诺书**

本人于 年 月 日毕业于 学

校 专业。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，将硕士研究生毕业证书、学位证书原件及复印件及时交至考点办公室。

如违诺，本人愿承担由此引起的责任，并接受取消当年医师资格考试资格的处理。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

 年 月 日