遵义医科大学在职临床医师攻读博士学位研究生

脱产学习承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **身份证号** |  |
| **工作单位** |  | **申请专业** |  | **申请导师** |  |
| 本人承诺如成为在职临床医师申请临床医学博士专业学位学员，在学习期间做到脱产学习不少于2年。否则，由此产生的一切后果由本人承担。  特此承诺。  承诺人签字：  年 月 日 | | | | | |
| **承诺人工作单位科室意见：**  负责人签字：  年 月 日 | | | | | |
| **承诺人工作单位人事部门意见：**  负责人签字：  （单位）人事部门（公章）  年 月 日 | | | | | |