大连医科大学2023年在职临床医师申请临床医学

博士专业学位脱产学习承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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，在学习期间做到在导师所在医院相应专业从事不少于六个月的临床工作。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 | | | | | |