附件3

健康承诺书

本人 ，性别 ，出生年月 ，身份证号码： ，本人自愿报名参加2024年芜湖地区退休医生支援繁昌区基层医疗卫生机构服务，并承诺：本人身体健康，没有传染性疾病，具有正常履行医疗服务职责的身体条件。如有虚假，本人愿意承担一切责任。

 承诺人（本人签字）：

 年 月 日