附件2

医师资格信息修改承诺书

省卫生健康委：

本人\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ，现申请将医师资格信息\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_修改为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，本人承诺提供的医师资格信息修改申请材料均真实、合法。如有不实之处，本人愿意承担相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

 申请人（签字和手印）：

 年 月 日