**当年医学专业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,将授予 专业学位。

 本人承诺将于今年8月31日前，将硕（博）士毕业证书原件及复印件交至考点办公室审核。如果不能按时提交则视为自动放弃当年医学综合笔试考试资格。

承诺人签字：

承诺人身份证号：

手机号码：

 单位盖章：

 年 月 日