承 诺 书

姓名： ，身份证号： , 本人承诺提交的大连医科大学2022年在职临床医师申请临床医学博士专业学位的所有申报材料均真实有效。如有虚假，本人同意取消大连医科大学2022年在职临床医师申请临床医学博士专业学位的入学资格，并承担由此产生的一切后果。

承诺人：

年 月 日