

附件 2:

## **厦门市第五医院 2024 年康复治疗师规范化培训承诺书**

我已充分了解厦门市第五医院 2024 年康复治疗师规范化培训相关规定，已完全知晓、认可相关规定，自愿报名参加该培训。

我承诺：我所提供的报名材料是真实的、准确的、可靠的，如有虚假信息和作假行为，本人承担由此而产生的一切后果。

承诺人(签名):

年 月 日