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2020年芜湖市卫健系统退休专业技术人员支援无为市基层医疗卫生机构开展服务，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