附件2：

**成都市第五人民医院·成都中医药大学附属第五人民医院**

**2024年康复治疗师规范化培训学员承诺书**

我已充分了解成成都市第五人民医院·成都中医药大学附属第五人民医院举办的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（手签并按手印）：

2024年 月 日