

证明事项告知承诺书

(xxxx 年) 第 x 号

一、基本信息

(一) 申请人(自然人):

姓 名: 联系方式:

证件类型: 证件编码:

所执业机构名称: 资格证号:

法定代表人(负责人):

单位地址:

联系方式:

(委托代理人)

姓 名:

证件类型: 证号:

联系方式:

(二) 行政部门

名 称: 贵南县卫生与健康局

联系人: 联系方式:

二、行政部门告知

(一) 证明事项名称

注册主管部门指定的医疗机构出具的申请人 6 个月内的健康体检表

(二) 证明材料及用途

证明材料:

1. 身份证复印件
2. 毕业证复印件及学历学籍验证报告
3. 资格考试合格人员登记表
4. 护士执业注册申请审核表
5. 护士职业资格认定表
6. 护士注册体检表

7. 医疗机构执业许可证正、副本复印件

用途:

护士执业许可

(三) 设定证明和依据

《护士条例》《护士执业注册管理办法》

(四) 证明的内容

护士职业注册相关材料

(五) 告知承诺制适用对象

本证明事项申请人可自主选择是否采用告知承诺替代证明，申请人不愿承诺或无法承诺的，应当提交规定的证明材料。

(六) 承诺的方式

本证明事项不可（可）代为承诺。

本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向行政部门提交本人（委托代理人）签字后的告知承诺书原件

(七) 承诺的效力

申请人书面承诺已经符合告知的条件、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任后，行政部门不再索要有关证明而依据书面承诺办理相关事项。

(八) 不实承诺的责任

证明事项告知承诺失信行为信息纳入信用中国（青海）公示平台，对执意隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理有关事项的，依法作出如下处理：

三、申请人承诺

申请人现作出下列承诺：

（一）已经知晓行政部门告知的全部内容；

（二）自身已符合行政部门告知的条件、标准和技术要求等；

（三）能够在约定期限内提交行政部门告知的相关材料，完成整改或者具备场所条件；

（四）愿意在所从事的活动中遵守相关的法律法规和技术规范，并接受机关的监督和管理；

（五）本告知承诺文书中填写的基本信息真实、准确，若违反承诺或作出不实承诺的，愿意承担相应的法律责任；

（六）上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人（委托代理人）： 行政部门：

（ 签字盖章 ） （ 盖章 ）

年 月 日 年 月 日

（本文书一式两份，行政部门与申请人各执一份）