附件3：

考察承诺书

本人姓名：　 　　，身份证号：　　　　　　　　，参加运城市口腔卫生学校附属口腔医院2024年公开招聘专业技术工作人员考试，已进入考察环节，本人承诺我所提交的考察表、证明等有关材料真实有效，如因提交虚假材料或隐瞒必要事项所导致的无法聘用等一切后果，均由本人全部承担。

承诺人（签名）：　　　　　　　　　 年　　月　　日