

考生身份、学历保证书

我以单位法人代表的身份证明， 医生确是我单位在岗职工，我单位同意其报考 年医师资格考试，同时保证其所提供的学历证明真实、有效，以上保证及证明如有虚假，我本人承担一切责任。

考生单位（盖章）：

法人代表（签字）：

年 月 日