附件1

**承 诺 书**

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

我单位(个人)为申请新疆线护士军转地变更执业注册所提供的材料均真实、可靠。如有不实之处，我单位(个人)愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

 承诺人签名：

承诺单位：（盖章）

 年 月 日