附件1

证明事项告知承诺书

（村医疗卫生机构拟聘用证明）

一、基本信息

（一）申请人

姓名： 联系方式：

证件类型： 证件号码：

（二）行政机关

名称： 联系方式：

二、行政机关告知内容

（一）证明事项名称和证明内容

村医疗卫生机构拟聘用证明（证明申请人拟在村医疗卫生釆机构执业）实行告知承诺制，申请人可以自主选择是否采用告知承诺制方式办理。不愿承诺或者无法承诺的，应当提交《乡村医生从业管理条例》要求的村医疗卫生机构拟聘用证明。

（二）证明用途

办理乡村医生执业证书。

（三）法律法规设定依据

《乡村医生从业管理条例》第十三条第一款。

（四）承诺的效力

申请人书面承诺符合告知的条件、要求，并愿意承担不实承诺的法律责任。申请人作出承诺后，行政机关不再索要村医疗卫生机构拟聘用证明，依据申请人的承诺办理乡村医生执业证书。

（五）行政机关核查权力

对于申请人选择采用告知承诺制方式办理的村医疗卫生机构拟聘用证明事项，行政机关有权根据实际情况，采用书面核查、网络核验、实地调查、公示核查等方式，对申请人是否符合承诺的情况进行核查。

（六）不实承诺的责任

对申请人隐瞒真实情况、提供虚假承诺办理村医疗卫生机构拟聘用证明事项的，不予办理执业注册，不发给乡村医生执业证书，已经办理注册并发给乡村医生执业证书的，注销执业注册，收回乡村医生执业证书，失信信息将归集广东省公共信用信息平台并公示，同时依照国家和省惩戒措施清单予以惩戒。

三、申请人承诺

申请人现作出下列承诺：

（一）本人已经知晓行政机关告知的全部内容；

（二）本人符合行政机关告知的条件、要求，并选择对村医疗卫生机构拟聘用证明采用告知承诺制办理；

（三）本人愿意承担不实承诺的法律责任；

（四）本人填写的告知承诺内容信息真实、准确；

（五）上述承诺是本人真实的意思表示。

申请人：（签名） 行政机关（公章）：

日期： 日期：

（本文书一式两份，行政机关与申请人各执一份）

附件2

证明事项信息协查函

XXX单位：

我单位办理的乡村医生执业注册实行证明事项告知承诺制。因 （比如：现有条件无法实现在线核查）,请你单位协助对以下申请人关于村医疗卫生机构拟聘用证明的情况进行核查：

XXX,身份证号码XXX,是否被 村医疗卫生机构聘用：

□是，情况属实

□否，实际情况为：

□相关情况无法查实

由于该行政事项的法定办理时限为 工作日，请尽快协助我单位开展调查核实，并在 日内函复我单位为盼。