

附件4:

无药物过敏史承诺书

本人，（姓名：_____，性别：_____，年龄：_____，身份证号：_____），在此郑重承诺，以下所述内容均真实无误，并愿意承担由此产生的一切法律责任。

1.本人自出生以来，无论是在个人治疗过程中还是接种疫苗等 医疗操作中均未曾对任何药物产生过过敏反应，包括但不限于抗生素、抗病毒药物、镇痛药、抗过敏药等各类药物。

2.本人在填写此承诺书之前，已认真回顾了自己的病史及家族病史，确认自己及家族成员中没有药物过敏的记录。

本人承诺所提供的信息真实可靠，如有虚假，愿意承担由此产生取消聘用资格等一切责任。

特此承诺！

承诺人（签名）：_____

联系电话：_____

日期：_____年____月____日