附件一：报名承诺函

**安徽医科大学临床医学院校区搬迁项目报名承诺函**

安徽医科大学临床医学院：

现有我司 ，身份证号码： ，联系方式： ，代表我司参与贵单位校区整体搬迁服务项目报名，所有报名资料由我司提供，均真实、有效。

特此承诺！

法人签字：

 （盖章）

 日期：