**从业人员免费健康检查告知承诺书**

（法人）单位名称：

用人单位法人（委托人）姓名：

身份证号：

联系方式：

本用人单位郑重承诺如下：

1.所填写的相关信息真实、准确；

2.已经知悉定点医疗机构告知的全部内容；

3.能够符合定点医疗机构告知的申请条件，并按照规定接受后续核查；

4.能够提交定点医疗机构告知的相关材料；

5.愿意承担虚假承诺、承诺内容严重不实所引发的相应法律责任；

6.所作承诺是用人单位的真实意思表示。

用人单位法人（委托人）（签章） ：

 年 月 日