附件：

**考生信息真实性证明**

辽宁省卫生健康委：

我单位职工 报名参加2021年医用设备使用人员业务能力考评。

身份证号码：

参加工作时间：

医师执业证书编码：

执业范围：

毕业学校及专业：

以上信息真实有效。

特此证明。

法人签字： 单位（公章）：

 年 月 日