承诺书

姓名：_____　　学号/教工号：_____

院系：_____　　电子票据张数：_____

本人承诺，本次公费医疗报销所提供电子票据真实，且仅用于本次报销，不会二次使用。若发现伪造或重复使用，将告知所在学院/部门，并在学校网站通报，严重者取消公费医疗待遇。特此声明。

本人签字：

联系电话：

日期：_____年____月____日

票据号码（位于票据右上角）:
1、
2、
3、
4、
5、
6、
7、
8、
9、
10、

（如超过 10 张，写于背面空白处即可）

请检查确认无重复票据！