放弃体检资格声明书

XX：

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，准考证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，男（女），在抚远市2023年事业单位引进急需紧缺医疗卫生人才考试中，报考\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_岗位，已入围该岗位体检人员名单，现因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写放弃体检原因），自愿放弃体检资格，由此造成的一切后果，由我本人负责。

特此声明。

考生：\_\_\_\_\_\_\_\_（本人签字并按指纹）

2023年 月 日

附：本人身份证正反面复印件如下：