

2026年住院医师规范化培训拟录取人员 放弃体检资格情况说明

考生姓名：_____身份证号码：_____

拟录取专业：_____

放弃体检资格情况说明：

本人因为_____，

自愿放弃体检资格，特此说明。

申请人(签名)：

联系电话：

2026年6月9日