自愿放弃参加大学生医保承诺书

本人 ，性别 ，学号 ，身份证号 ，系浙江工业大学 学院 级 专业 班在校□本科生□研究生（请勾选）。已完全了解大学生参加城乡居民基本医疗保险的政策要求，知悉学校相关通知内容，本着自愿原则，经慎重考虑后，决定放弃参加杭州市大学生医疗保险，发生的医疗费用由本人及家庭自行承担。

学生签名（手写）：

联系电话（手写）：

家长签名（手写）：

家长电话（手写）：

学院（盖章）：

日期： 年 月 日