自愿放弃复试资格声明

姓名：

准考证号：

报考专业代码：

报考专业名称：

身份证号：

电话号码：

本人系滨州医学院2023年硕士研究生调剂考生，本人因个人原因，自愿放弃滨州医学院2023年硕士研究生调剂复试考试，由此造成的后果由本人自行承担。

考生本人签字：

考生按手印：

家长签字：

年 月 日