**附件四：**

**华南理工大学**

**学生不参保确认书**

本人已参加职工医保□ 公费医疗□ 广州市民政资助□ 其他医疗保障□（附参保证明），现自愿放弃学校统一组织的2019医保年度广州市城乡居民（大中专学生）社会医疗保险，在本医保年度2018年9月1日--2019年12月31日）期间，因患病或意外伤害等发生的所有医疗费用均由本人承担。

姓 名：

学 号：

身份证号：

所在专业：

本人签名：

导师签名：

副书记签名：

日 期：

学院盖章：