**华南理工大学**

**研究生不参保确认书**

**（ 学院留存 ）**

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□（附参保证明复印件），现自愿放弃学校统一组织的2018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2017年9月1日-2018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：

学院专业：

本人签名：

辅导员签名：

副书记签名：

日 期：

学院盖章：