**关于放弃参加医疗保险的承诺书**

姓名： 专业班级： 身份证号： 学号：

于\*\*\*年\*\*\*月\*\*\*日开始在明德学院就读，经学校多次劝其到生源地所在地停保后再到明德学院参保，但仍其自愿放弃在明德学院参保，并保证今后所发生一切医疗费用及后果均与明德学院无关。

承诺人（签字并按手印）：

见证人（签字）：

\*\*\*年\*\*\*月\*\*\*日