××自愿放弃体检声明

本人××，性别××，身份证号××××××××××，报考的×××岗位，参加20××年度台儿庄区事业单位初级综合类岗位公开招聘笔试、面试、考察，并进入体检范围。由于××××原因，本人自愿放弃体检资格，并自愿承担相应责任。

**放置身份证处**

**(正反面)**

申请人签名：（按红手印）

20××年 月 日