自愿放弃复试承诺书

重庆医科大学第五临床学院研究生招生工作领导小组：

本人 ，身份证号码： ，申请重庆医科大学2023年硕士研究生招生复试，报考专业（方向）代码： ，报考专业（方向）： ，现已入围复试。因个人原因自愿放弃此次复试机会，由此产生的后果由本人承担。

承诺人：（签名按手印）

年 月 日