**放弃声明**

福建医科大学：

本人 （身份证号码： ）因

 （原因）放弃参加贵校2023年面向台湾地区学测免试（征集志愿）招生考试。

特此声明。

 学 生 签 名：

 学生家长签名：

 日 期：