承诺书

本人 ，身份证号 ，学号 ，系 学院 级 研究生。因 （原因），2018年社会医疗保险费用不在新疆师范大学缴纳，若后期出现住院需要报销等事宜一律不在学校办理，由本人（或本人工作单位）自行负责。

承诺人（本人签名）：

联系电话：

证明人（院长或研究生秘书签字，并加盖学院公章）：

二〇一八年一月八日