附件1

**XXX确认参加/不参加中国中医科学院**

**西苑医院接收安置军队转业干部**

**专业能力测试**

西苑医院人事处：

本人姓名 ，军官证号： ，身份号： ，**能够按规定在公告要求的时间内参加专业能力测试/不能参加专业能力测试，主动放弃此次机会**。

联系电话：

日期：