

# 声 明 书

厦门长庚医院：

本人知悉作为一名放射工作人员，职业病健康体检合格是必备条件之一。故本人报到后，将于试用期内完成职业病健康体检，如果体检不合格，本人无条件同意贵院解除与本人的劳动关系。

此致

敬礼！

声明人：

身份证号：

日期： 年 月 日