附件6

[放弃面试资格声明](http://bm.scs.gov.cn/2015/UserControl/Department/html/%E9%99%84%E4%BB%B6%E4%BA%8C%EF%BC%9A%E5%85%A8%E5%9B%BD%E4%BA%BA%E5%A4%A7%E6%9C%BA%E5%85%B3%E6%94%BE%E5%BC%83%E5%A3%B0%E6%98%8E.doc)

夏津县人民医院：

本人 ，身份证号： ，

笔试准考证号：，报考2024年夏津县人民医院公开招聘备案制工作人员考试 岗位，已进入该岗位面试资格审查范围人员名单。现因个人原因，自愿放弃参加面试资格审查，特此声明。

联系电话：

 声明人（手写签字按手印）：

 年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴身份证人像面（照片或复印件） |

（请本人手写签字后，将扫描件发送至县医院人力资源科邮箱xjxyyrzk@163.com。咨询电话：0534-3216730)