附件6

[放弃面试资格声明](http://bm.scs.gov.cn/2015/UserControl/Department/html/附件二：全国人大机关放弃声明.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)