附件4

文山州医疗保障局2019年公开遴选

工作人员放弃面试资格声明

文山州医疗保障局：

本人 ，身份证号： ，准考证号码： ，参加文山州医疗保障局2019年公开遴选工作人员笔试考试，已进入该岗位面试名单。现因个人原因，自愿放弃参加面试，特此声明。

联系电话：

签名（考生本人手写、按印）：

日期： 年 月 日