附件2

关于体检有关项目申请延期检查的报告

莆田市卫生健康委员会：

本人 （性别： ；籍贯： 家庭地址：

身份证号码： )

本次报考 (单位) （职位）

于 年 月 日参加莆田市卫健委组织的体检工作，本人由于

而不能参加 （项目）体检,现申请于 年 月 日后参加该项目体检，如到时体检不合格，本人愿意自动放弃所报考的职位，自动解除聘用合同。

申请人：

年 月 日

联系电话： 手机: