附件2

放弃资格复审声明

兰州新区卫生健康委员会：

本人 ，身份证号码： ，报考 ，已进入该岗位资格复审范围。现因个人原因，自愿放弃参加资格复审，特此声明。

联系电话：

签 名：

|  |  |
| --- | --- |
| 身份证正面 | 身份证反面 |

日 期：