附件6

关于放弃2023年第二季度市属事业单位公开招聘资格复审的函

重庆市公共卫生医疗救治中心：

本人\*\*\*，身份证号码511003\*\*\*。根据《重庆市属事业单位2023年第二季度公开招聘工作人员公告》以及《关于2023年第二季度公开招聘面试工作的实施方案》要求，本人应于2023年6月29日-30日（星期四、星期五，上午8:30-12:00，下午2:00-5:00）参加此次考核招聘资格复审。

现因本人原因，自愿放弃此次公开招聘资格复审，由此产生的一切后果，均由本人承担。

此函。

考生签名（按右手大拇指手印）：

考生联系电话：

2023年6月28日

说明：将此模板打印后，由考生本人签名，并按考生右手大拇指手印，扫描后发至gz65238569@163.com，扫描件和邮件主题均为：“放弃资格复审+2023年第二季度市属事业单位公开招聘+应聘岗位名称+姓名+手机号”