附件3

2023年左权县人民医院（山西省人民医院左权分院）公开招聘专业技术人员考生自愿放弃资格复审承诺书

姓名： 性别： 联系方式：

准考证号： 身份证号：

报考职位：

资格复审时间：2023年7月7日

因

本人自愿放弃2023年左权县人民医院（山西省人民医院左权分院）公开招聘专业技术人员资格复审及后续环节，产生一切后果由本人自己承担。

签字： （手印）

日期： 年 月 日

–––––––––––––––––––––––––

接收人： 接收日期： 年 月 日