**附件6**

**[放弃面试资格声明](http://bm.scs.gov.cn/2015/UserControl/Department/html/附件二：全国人大机关放弃声明.doc)**

**夏津县人民医院：**

**本人 ，身份证号： ，**

**笔试准考证号：，报考2023年夏津县人民医院公开招聘备案制工作人员考试 岗位，已进入该岗位面试资格审查范围人员名单。现因个人原因，自愿放弃参加面试资格审查，特此声明。**

**联系电话：**

**声明人（手写签字按手印）：**

**年 月 日**

|  |
| --- |
| **粘贴身份证人像面（照片或复印件）** |

**（请本人手写签字后，将扫描件发送至县医院人力资源科邮箱xjxyyrzk@163.com。咨询电话：0534-3216730)**