附件2

阳原县教体科局和卫健局下属事业单位

公开招聘工作人员自动放弃资格审核承诺书

阳原县人力资源和社会保障局：

本人：\*\*\*，性别：\*，民族：\*，身份证号码：\*\*\*\*\*\*。于2023年8月16日参加阳原县教体科局和卫健局下属事业单位公开招聘工作人员考试，报考单位：XXXXXX，报考岗位：XXXX，准考证号：XXXX，现已进入资格审核阶段。因个人原因自愿放弃此次资格审核机会，由此产生的后果由本人承担。

承诺人：（签名，手印）

2023年 月 日