**附件2**

**[放弃考察体检声明](http://bm.scs.gov.cn/2015/UserControl/Department/html/%E9%99%84%E4%BB%B6%E4%BA%8C%EF%BC%9A%E5%85%A8%E5%9B%BD%E4%BA%BA%E5%A4%A7%E6%9C%BA%E5%85%B3%E6%94%BE%E5%BC%83%E5%A3%B0%E6%98%8E.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，已进入该岗位考察体检范围人员名单。现因个人原因，自愿放弃参加考察体检，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)**