附件3

乐业县人民医院2024年急需紧缺医疗卫生人才

放弃面试声明

乐业县卫生健康局：

本人姓名： ，身份证号码： ，联系方式 ，放弃事由 ， 报考单位 ，报考岗位 ，已入围该岗位面试资格审查，现本人自愿放弃参加面试资格审查，一切后果由本人自行承担。

特此声明

签 名（考生本人手写、手印）：

年 月 日

联系方式：

附：考生本人身份证复印件