附件2

放弃面试资格声明

济南市长清区中医医院：

本人×××（姓名），身份证号码：×××，报考2024年度济南市长清区中医医院的×××（报考职位），准考证号码：×××，笔试成绩为×××分，已入围该职位面试，现本人自愿放弃参加面试。

特此声明。

签 名（考生本人手写）：

日 期： 年 月 日

身份证正面放置拍照处

注：请考生将本人签字后的《放弃面试资格声明》拍照后发送至长清区中医医院人事科邮箱18366198728@163.com。