附件2

[放弃面试资格声明](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)

**临邑县人民医院：**

**本人 ，身份证号： ，**

**笔试准考证号： ，报考临邑县人民医院2024年公开招聘备案制工作人员 岗位，已进入该岗位面试名单。现因个人原因，自愿放弃参加面试，特此声明。**

**联系电话：**

 **声明人（手写签字）：**

 **2024年6月 日**

（请**本人手写签字**后，将原件送至临邑县人民医院人力资源部,或拍照或扫描发送至邮箱lyxrmyy@163.com。咨询电话：0534-4361010)