附件5

未落实工作单位证明

姓名×××，身份证号码××× ××× ，参加2024年栖霞市卫生类事业单位公开招聘,报考×××单位 ×××岗位。

本人郑重承诺，自××年××月××日至××年××月××日（现场资格审查当天）未与任何单位签订劳动合同/聘用合同/就业协议书，没有工作单位，没有缴纳职工社会保险。如有造假，本人自愿放弃本次应聘资格并承担相应后果。

 报考人签名（按手印）：

年 月 日