附件2：

**放弃体检资格声明**

**（范本）**

济南市章丘区卫生健康局：

本人（姓名）×××，身份证号码：××××，准考证号码：×××，报考2024年济南市章丘区卫生健康局所属事业单位公开招聘×××（招聘单位）的×××（报考岗位），总成绩为×××分，已进入该岗位体检考察范围，现本人自愿放弃体检资格。

特此声明。

手机号:××× 签 名：（考生本人手写）

日 期: 年 月 日

身份证正面放置拍照处

（请放置原件，复印件或图片均无效）

注：请考生将本人签字后的《放弃体检资格声明》拍照后发送至章丘区卫生健康局邮箱jnzqwjjdb@jn.shandong.cn，工作人员将根据本人提供的手机号联系本人进行确认。为保障本人权益，请考生注意接听。