附件2

蔚县2024年公开招聘县人民医院院内聘用合同工作人员自动放弃资格审核承诺书

蔚县人力资源和社会保障局：

本人：\*\*\*，性别：\*，民族：\*，身份证号码：\*\*\*\*\*\*，毕业学校：\*\*\*，专业：\*\*\*。于2024年 月 日参加蔚县2024年公开招聘县人民医院院内聘用合同工作人员笔试，报考岗位：XXXX，准考证号：XXXX，现已进入资格审核阶段。因个人原因自愿放弃此次资格审核机会，由此产生的后果由本人承担。

承诺人：（签名，手印）

2024年9月 日