附件3

资格复审委托书

委托人： 身份证号码：

被委托人： 身份证号码：

本人 因个人原因不能参加本次自治区医疗保障局所属事业单位2024年统一公开招聘工作人员现场资格复审,特委托 同志代为履行资格复审手续,对委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件,我均予以认可,并承担相应的法律责任。

委托期限:自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人（签字并按手印）:  年 月 日

被委托人（签字并按手印）： 年 月 日

委托人联系方式：

被委托人联系方式：

注：1.需打印空白样本后手写相关内容，打印无效。

2.后附被委托人身份证复印件。