附件2

参加资格复审及面试确认书

红河县卫生健康局：

姓名： ，性别: ，身份证号码：

本人报名参加红河县2024年事业单位急需紧缺人才公开招聘考试，报考单位：，岗位名称：，岗位代码： ，现已进入资格复审及面试环节。我已知悉资格复审及面试等相关事宜公告内容，能够按规定时间及相关要求参加资格复审及面试。

联系电话：

 姓 名：

 年 月 日