附件：

资格复审委托书

南通市第六人民医院：

本人 ， 年 月出生， 人（籍贯），身份证号码 ，现在 （单位/毕业院校） （岗位/专业） （工作/读书）。参加南通市第六人民医院2024年第二批公开招聘备案制工作人员考试，报考 岗位（岗位序号+岗位名称）。因 原因，不能本人到场资格复审。现委托 （姓名），身份证号码 ，携带本人和被委托人身份证原件及复印件代为资格复审。

考生签名：

联系电话：

2024年 月 日

**（注：考生签名须是本人签字，不可用打印代替。）**