附件2

寿阳县医疗集团

2024年**公开招聘事业单位工作人员**

考生自愿放弃资格复审承诺书

姓名： 性别： 联系方式：

准考证号： 身份证号：

报考岗位：

资格复审时间：2024年7月 日

因

 本人自愿放弃寿阳县医疗集团2024年公开招聘事业单位工作人员资格复审及后续环节，产生一切后果由本人自己承担。

签字： （手印）

日期： 年 月 日

––––––––––––––– ––––––––––

接收科室： 接收日期： 年 月 日