附件3

放弃面试录用资格声明

本人 （身份证号码： ）在2024年扶绥县公开招聘医疗卫生事业单位专业技术人员中报考 （报考单位）的 （报考岗位），现因

自愿放弃本次面试录用资格，所造成后果由本人承担。

 签名（手印）：

 年 月 日