附件2

资格复审委托书

招聘主管部门（单位） ：

本人 ， 年 月出生， 人（籍贯），身份证号 ，现在 （单位或院校） 岗位（专业）工作（读书）。因 原因，不能现场参加响水县卫健系统事业单位2024年公开招聘工作人员资格复审。现委托（姓名） ，身份证号 ，携带本人身份证、《资格复审委托书》、资格复审相关材料和受委托人身份证，到贵单位进行资格复审。本人承诺所提供内容材料均真实、准确、无误。如因内容材料不实造成无法应试等其他后果的，责任自负。

考生（签名）：

2024年 月 日

报考职位：

联系电话：

（注：考生签名须是本人签字，不可用打印代替。）