附件3

[放弃资格审核声明](http://bm.scs.gov.cn/2015/UserControl/Department/html/%E9%99%84%E4%BB%B6%E4%BA%8C%EF%BC%9A%E5%85%A8%E5%9B%BD%E4%BA%BA%E5%A4%A7%E6%9C%BA%E5%85%B3%E6%94%BE%E5%BC%83%E5%A3%B0%E6%98%8E.doc)

清远市清城区医疗卫生共同体总医院：

本人 （姓名），身份证号： ，报考 单位 岗位（岗位代码: ），已进入该岗位资格审核环节。现因 ，自愿放弃参加资格审核及面试资格，特此声明。

联系电话：

 签名（考生本人手写，并盖手指模）：

日期：2024年 月 日