附件2

**放弃面试资格声明**

本人×××（姓名），身份证号码：×××，准考证号码：×××，报考2023年平阴县卫生健康系统事业单位公开招聘工作人员×××（招聘单位）的×××（报考岗位），笔试成绩为×××分，已入围该岗位面试，现本人自愿放弃参加面试。

特此声明。

手机号:××× 签 名：（考生本人手写，摁手印）

日 期: 年 月 日

身份证人像面放置拍照处

注：请放弃考生先和招聘单位进行联系，然后将本人签字后的《放弃面试资格声明》拍照后按招聘单位指定的传输方式进行发送。招聘单位届时将根据本人提供的手机号联系本人进行确认。为保障本人权益，请考生注意接听。