附件

**放弃面试资格声明**

济南市历城区卫生健康局：

本人×××（姓名），身份证号码：×××，准考证号码：×××，报考×××（招录机关及用人单位）的×××（报考职位），笔试成绩为×××分，已入围该职位面试，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）：

日 期： 年 月 日

身份证放置拍照处

注：请考生将本人签字后的《放弃面试资格声明》拍照后发送至招录机关，招录机关届时将根据本人提供的手机联系本人进行确认。为保障本人权益，请考生注意接听。