附件4

左权县乡镇卫生院2021年公开招聘事业单位工作人员考生自愿放弃资格复审承诺书

姓名： 性别： 联系方式：

准考证号： 身份证号：

报考岗位：

资格复审时间：2021年9月28日

因

 本人自愿放弃左权县乡镇卫生院2021年公开招聘事业单位工作人员资格复审及后续环节，产生一切后果由本人自己承担。

签字： （手印）

日期： 年 月 日

–––––––––––––––––––––––––

接收人： 接收日期： 年 月 日