附件4：

**考生放弃声明**

本人 ，身份证号 ，报名参加了武穴市基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘考试，报考岗位为 ，岗位代码为 。现因个人原因，本人自愿放弃本次公开招聘面试资格。

特此申明。

声明人（签名）：

2021年 月 日

★考生放弃声明由考生亲笔签名交至招聘单位，或以传真、扫描等方式发送至招聘单位。如考生以短信形式发送放弃声明的，必须与考生报名时所填手机号码一致，将短信截图打印存档备查。未出具书面声明而单位确实无法联系考生本人的，由招聘单位2名以上工作人员确认并记录在案证实，并在报考同一岗位人员中依笔试总成绩由高到低的顺序依次递补。