附件3

**自愿放弃面试资格声明**

铜川市人力资源和社会保障局：

本人姓名 ，身份证号 ，报考 岗位，（岗位代码： ），已进入该岗位面试资格复审名单。现因 原因，自愿放弃2025年铜川市为县以下医疗卫生机构定向招聘医学类毕业生面试资格，特此声明。

联系电话：

|  |  |
| --- | --- |
| **身份证正面**  **粘贴处** | **身份证背面**  **粘贴处** |

签名（考生本人手写）：

日期：