附件2：

**放弃面试资格声明**

商河县卫生健康局：

本人×××（姓名），身份证号码：×××，准考证号码：×××，报考×××（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）

日 期: 年 月 日

身份证正面放置拍照处

注：请考生将本人签字后的《放弃面试资格声明》拍照后，于2024年7月23日17:00前，发送至邮箱shxwjjrsk@jn.shandong.cn，招聘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。