附件3

放弃资格复审声明

济南高新区卫生健康系统所属事业单位公开招聘工作领导小组：

本人×××（姓名），身份证号码：×××，报考×××（报考岗位），已进入该岗位资格复审范围。现本人自愿放弃资格复审资格。

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《放弃资格复审声明》拍照后发送至指定邮箱gxqzp2021@163.com。