附件3

**放弃面试资格声明**

济南市天桥区卫生健康局：

 本人×××（姓名），身份证号码：×××，准考证号码：×××，报考2024年度济南市天桥区卫生健康系统事业单位公开招聘工作人员×××（招聘单位）的×××（报考的岗位序号+岗位名称），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（原件）人像面放置拍照处

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6月12日16:30前发送至邮箱jntqqwjjzzrsk@jn.shandong.cn，招聘机关届时将根据本人提供的手机号联系本人进行确认，为保障本人权益，请考生注意接听。