附件5

××自愿放弃考察声明

本人××，性别××，身份证号××××××××××，报考的×××岗位，参加2023年卫生健康系统急需紧缺人才引进面试，并进入考察范围。由于××××原因，本人自愿放弃考察资格，并自愿承担相应责任。

**放置身份证处**

**(正反面)**

申请人签名：（加按红手印）

2023年 月 日