**附件2**

**放弃面试资格声明（模板）**

本人XX，性别，身份证号XX，联系电话XX，参加2024年漯河市市直医疗卫生事业单位公开招聘，笔试准考证号XXX，报考单位XX，岗位代码XX。现因个人原因自愿放弃面试资格。

由此产生的一切后果由本人自负。

姓名：XX（手写签名，摁指印）

XX年XX月XX日

**附：考生身份证正反面复印件**