附件2

**放弃面试资格声明**

国家卫生计生委人事司：

本人 （姓名），身份证号 ，报考你委 职位（职位代码 ），已进入该职位面试人员名单。现因 原因，自愿放弃参加面试，特此声明。

联系电话：

签名（考生本人手写）：

2016年10月 日

身份证复印件粘贴处

窗体底端