石林县2020年医疗卫生第二次专项招聘放弃申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  | | 专　业 |  |
| 报考单位名称 |  | | | | | |
| 岗位代码 |  | | | 报考岗位 | |  |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 | |  |
| 放弃  原因 | 因  ，本人自愿放弃参加 及后续招聘环节。  签名（手印）：  年　　月　　日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

注：考生需放弃招聘资格的，填写申请表后请扫描发邮件至slxwsj@126.com 邮箱，联系电话：0871-67797698