附件

放弃面试资格声明

省人大常委会办公厅人事教育处：

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，准考证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，报考省人大常委会机关2024年度公开遴选职位（职位代码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）并进入面试名单。

现因个人原因，自愿放弃参加面试，特此声明。

联系电话：

声明人签字：

2024年9月 日

|  |  |
| --- | --- |
| （身份证正面复印件粘贴处） | （身份证背面复印件粘贴处） |

注：将此声明的扫描件或照片发至hbrd203@163.com，邮件标题统一为：“（姓名）自愿放弃参加面试”。