

附件 2

## 放弃应聘岗位声明

菏泽医学专科学校附属医院：

本人\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_，  
报考\_\_\_\_\_职位，现本人自愿放弃\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_（现场资格审核/面试）。

特此声明。

本人签字（按手印）：

年 月 日