附件5

2024年乡村医生专项招聘报名放弃声明书

我已认真阅读《通城县卫生健康系统2024年大学生乡村医生专项招聘公告》及其相关附件。我郑重承诺:因个人原因，本人自愿放弃本次报名，产生的一切后果均由本人自行负责。

特此声明

承诺人身份证号码:

声明人:（签名按手印）

声明日期： 年 月 日