

附件 2

云南省曲靖中心医院 2025 年公开招聘合同制人员及
见习人员自愿放弃资格复审申请表

姓名		性别		民族		照片
身份证号			准考证号			
报考岗位			岗位代码			
放弃资格的 申请 和事由	<div>申请人签名（手印）： 年 月 日</div>					
人力资源部 意见	签章： 年 月 日		医院意见	签章： 年 月 日		