附件2：

**放 弃 声 明**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，报考2025年西青区卫健委所属事业单位、西青区计划生育协会公开招聘工作人员考试\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位\_\_\_\_\_\_\_\_岗位，因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_原因，放弃本次2025年西青区卫健委所属事业单位、西青区计划生育协会公开招聘工作人员招聘资格。

本人签名（按手印）

年 月 日