附件3

2024年宜城市卫生健康局所属事业单位校园招聘

医务人员资格复审委托书

委托人姓名： 被委托人姓名：

性 别： 性 别：

身份证号： 身份证号：

联系电话： 联系电话：

本人参加了宜城市卫健局所属事业单位2024年校园招聘医务人员，报考单位为 报考岗位为 。本人因故不能到场参加资格复审，特委托 同志代为进行资格复审，对被委托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件和资料，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自本人签字之日起至上述事项办完为止。

 委托人（签字）：

 年 月 日