

附件4:

## 个人放弃岗位说明

本人\_\_\_\_\_（姓名），身份证号\_\_\_\_\_，  
参加云南省卫生健康委所属和联系单位\_\_\_\_\_年面向社会公  
开招聘工作人员考试，报考岗位代码\_\_\_\_\_，岗位名  
称：\_\_\_\_\_。

本人因个人原因\_\_\_\_\_自愿放弃本次报考  
岗位，一切后果自行承担。

承诺人（手签）：

日期：    年    月    日