附件 3

资格复审委托书

委 托 人：　　身份证号：　　联系方式：

地　　址：

被委托人：　　身份证号：　　联系方式：

地　　址：

本人现委托_____同志至红寺堡区卫生健康局办理吴忠市红寺堡区中医医院 2024 年自主公开招聘事业单位工作人员考试拟进入面试人员资格复审相关事宜，委托人_____ 报考岗位_____。被委托人参加 2024 年　月　日资格复审所填写的信息和提供资格复审所需印证资料均为委托人所提供，所产生的后果由委托人承担。

（说明：被委托人须携带身份证）

委 托 人：

（手写签名，按手印）

被委托人：

（手写签名，按手印）

年　月　　日