附件4：

2024年屯溪区赴高校引进医疗卫生人才

资格审查书面委托书

屯溪区人力资源和社会保障局：

本人 （身份证号码： ），现委托 （身份证号码： ）负责代为办理“2024年屯溪区赴高校引进医疗卫生人才资格审查”相关事宜，请予以办理，由此产生的一切责任和后果由我本人承担，与贵单位无关。授权有效期：2024年6月 日-2024年6月 日。

特此申明！

委托人签名：

被委托人签名：

时间：