附件4

2024年龙山县医疗卫生单位公开招聘工作人员委托报名授权书

委托人（考生） ： 身份证号码：

受 委 托 人 ： 身份证号码：

我已认真阅读《2024年龙山县医疗卫生单位公开招聘工作人员简章》规定，拟报考岗位代码为 的岗位。因特殊原因本人不能到现场报名并提交报考材料，特委托 全权代表本人到报名现场报名并提交相关的报考材料原件和复印件。对被委托人办理的上述事项，本人均予以认可，如因委托报名造成报名信息错误、无法联络等情形并造成不良后果的由本人自行负责。

委托人(考生)签字： 年 月 日

联系电话：

受委托人签字： 年 月 日

联系电话：

备注：需提交委托人和受委托人双方身份证原件审核并留存复印件