附件2

**资格复审委托书**

委托人： 身份证号：

受委托人： 身份证号：

本人因 原因，无法于2021年 月 日亲自参加2021年龙港市公共卫生中心面向社会公开招聘工作人员资格复审，特委托 （姓名并注明委托人和受委托人关系）代为参加，本人保证有关本次资格复审等全部事项受委托人均会告知本人，因受委托人原因或本人原因导致资格复审没有通过，一切责任均由本人承担。

委托时限：2021年 月 日——2021年 月 日

委托人（签名并捺印）： 联系方式：

受委托人（签名并捺印）： 联系方式：

注：须同时提供委托人和受委托人的身份证原件和复印件，复印件与原件核对无误后，原件归还。