附件3

2024年度成都市新都区卫生健康局所属10家事业单位公开招聘33名工作人员资格审查原件校验委托书

委托人姓名： ，身份证号：

受委托人姓名： ，身份证号：

本人因 原因，不能参加2024年度成都市新都区卫生健康局所属10家事业单位公开招聘33名工作人员资格审查原件校验环节，特委托 参加资格审查原件校验。本人对资格审查原件校验结果和被委托人在资格审查原件校验过程中所签署的有关材料，均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至资格审查原件校验结束为止。

附：委托人和受委托人有效身份证复印件各一份。

委托人（亲笔签名，盖手指印）：

日期： 年 月 日

填写要求：仅手写空白处，严禁涂改。