附件4：

资格复审委托书

南通市海门区卫生健康委员会

本人姓名 ，身份证号 ，报考2025年下半年南通市海门区卫健系统公开招聘工作人员考试 岗位（岗位代码+岗位名称）。因 原因，不能现场参加资格复审。现委托 （姓名），身份证号 ，携带资格复审要求的相关材料到贵单位进行资格复审。

本人承诺所提供内容材料均真实、有效、完整。如因内容材料不实造成无法应试等其它后果的，责任自负。

考生（签名）：

联系电话：

2025年10月 日

（注：考生签名须是本人签字，不可用打印代替。）