附件2-1：

资格复审委托书

 :

本人 ，身份证号 ，报考南通市崇川区卫生健康委员会所属部分事业单位2024年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：

 年 月 日

（注：考生签名须是本人签字，不可用打印代替。）

附件2-2：

未落实工作单位承诺书

 :

本人 ， 年 月出生， 人（籍贯），身份证号 ，系 年普通高校毕业生，现参加南通市崇川区卫生健康委员会所属部分事业单位2024年公开招聘工作人员考试，报考 (招聘单位） 岗位（招聘岗位代码+岗位名称）。本人诚信报考并郑重承诺毕业离校后未落实工作单位也未缴纳社保，符合报考岗位要求。如有弄虚作假行为，一经发现和查实，由此产生的责任后果，一律由本人负责。

考生（手签）：

联系电话：

年 月 日