

附件 3

授权委托书

委托人： 性别： 身份证号：

被委托人： 性别： 身份证号：

本人因_____原因，不能亲自参加银川市第二人民医院 2025 年社区卫生服务机构公开招聘工作人员资格复审的相关手续，特委托-----作为我的合法代理人，全权代表本人办理公开资格审查相关事项，对办理资格审查过程中所签署的有关文件和对资格审查结果，我均予以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人（签名和手印）：

年 月