附件5：

委 托 书

考生本人 （身份证号： ）（准考证号： ）因 本人不能到现场参加本次资格复审，特委托以下人员：

姓名：

身份证号码：

联系方式：

委托事项和权限：办理昆明市宜良县卫健系统2025年（校园招聘/人才引进）资格复审的相关事宜，为特别授权委托。

委托期限：自 年 月 日至昆明市宜良县卫健系统2025年（校园招聘/人才引进）资格复审办结。

受委托人签名按手印：

委托人（考生）签名按手印：

年 月 日

注： 委托人和受委托人须亲笔签名按手印，字迹清晰，不得涂改；