**附件7：**

**委 托 书**

**委托人**: 姓 名： 性别:

身份证号: 手机：

**受托人**: 姓 名： 性别:

 身份证号: 手机：

本人因 不能亲自到现场参加三亚崖州湾科技城医院（上海交通大学医学院附属仁济医院三亚医院）2024年公开（考核）招聘事业编制及员额制工作人员资格复审，特委托 （受托人姓名）作为我的合法代理人全权代表我参加资格复审，并委托受托人全力配合工作人员提交审核资料。对受托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我均予以认可，一切后果由本人承担。

 委托期限:自签字之日起至上述事项办完为止。

 **委托人手写签字**: （签字并按手印）

 **受托人手写签字**： （签字并按手印）

 年 月 日

注：1.委托人在签字处需按手印。

2.受托人在签字处需按手印。