**在职人员应聘证明信**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓   名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 参加工作时间 |  |
| 现单位名称 |  | 单位性质 |  |
| 到现单位时间 |  | 工作岗位 |  |
| 合 同 期 限 |     年    月    日-        年    月    日 |
| 养老保险缴纳机构 |  |
| 人事管理权限单位意见 |   同意            报名应聘2019年曲阜市公立医院公开招聘备案制工作人员，如其被聘用，我单位将配合办理人事、档案、工资、党团等关系的转移手续。    负责人（签字）：              （盖章）                                                年   月   日 |
| 备  注 |  |