附件3：

单位同意报考证明

 兹有我单位在职人员 性别 身份证号码是 参加2024年葫芦岛市绥中县乡镇卫生院公开招聘事业单位工作人员考试，我单位同意该同志参加此次招聘考试；若被聘用，将积极配合做好其工资及档案关系等转移工作。

 特此证明。

 单位联系人：

 联系电话：

 （单位盖章）

 2024年 月 日