附件2

同意报考证明

 兹证明， 同志为我单位在编在岗工作人员，在我单位使用事业编制，个人身份为事业单位工作人员。在雨湖区基层医疗卫生机构在编工作 年。近三年内年度考核等次： 2017年 ，2018年 ，2019年 。我单位同意其参加2020年雨湖区妇幼保健中心、健康教育所公开选调事业单位工作人员考试，若该同志通过选调考试，同意协助办理相关手续工作。

 单位签章

 2020年 月 日

 （此证明由考生所在单位开具，并加盖公章。）