附件3

**同意报考证明**

兹证明， 同志为我单位（在编在岗、临聘、劳务派遣）工作人员，2019年度考核等次： 2019年 。我单位同意其参加2020年湘潭市妇幼保健院（湘潭市妇女儿童医院）、湘潭市中医医院、湘潭市第五人民医院（湘潭市精神卫生中心）、湘潭市口腔医院公开招聘考试，若该同志通过招聘考试，同意协助办理相关手续工作。

单位签章 主管部门签章

年 月 日

（此证明由考生所在单位及主管部门开具，在编机关事业单位工作人员须加盖县级人事部门公章。）