附件1

同意报考证明

报考单位名称：

兹有我单位职工 同志，身份证号 ，参加2023年下半年哈尔滨市卫生健康委员会所属事业单位公开招聘工作人员考试。我单位同意其报考，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系的移交手续。

该同志在我单位工作起止时间： 年 月至 年 月。

我单位的性质为：机关、事业、企业、其他

我单位的行政级别为：省级、市级、县级、乡级、其他

　　　　　　　　　　 单位名称（公章）

　　　　　　　　　　　　　　 年　月　日

主管部门意见： 主管部门（公章）

（是否同意报考） 年 月 日