附件2

**专业工作经历证明信**

兹有 同志（身份证号： ）于 年 月 日至 年 月 日在我单位 部门 岗位从事 专业工作。

特此证明。

单位（盖章）

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件3** | |  |  |  |  |  |  |
| **所在单位同意报考证明信** | | | | | | | |
| **“人事关系所在单位意见”、“人事档案管理部门意见”栏均需填写，并加盖公章。** | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | |
| 身份 |  | 职称 （技术等级） |  | 身份证号码 | |  | |
| 参加工 作时间 |  | 现工作单位及岗位 | |  | | | |
| 现 实 表 现 |  | | | | | | |
| 有无违法违纪行为 |  | | | | | | |
| 人事 关系 所在 单位 意见 | 该同志人事关系现在我处，其人事档案现在 处保管。我单位同意其报考德州市妇幼保健院（市妇女儿童医院）公开招聘，如其被聘用，我单位将配合办理其人事档案、工资、党团关系的移交手续。    （单位盖章）  批准人：（签字） 年 月 日 | | | | | | |
| 人事 档案 管理 部门 意见 | 该同志人事档案现在我处存放，系（用人单位委托我处集体代理/该同志委托我处实行个人代理/我处按人事管理权限进行管理)。    （单位盖章）  经办人：（签字） 年 月 日 | | | | | | |