附件2：

同意调剂岗位同意书

宜良县卫生健康局：

本人XXX，身份证号：XXX,笔试准考证号：XXX，符合调剂岗位条件，原报考岗位为XXX村卫生室，现同意调剂岗位到XXX村卫生室。

考生签名(按手印)：

年 月 日