附5：

**同意报考证明材料**

本单位职工 ，身份证号码： ， 年 月入职，目前在 （单位名称+科室）工作，系本单位 （在编/备案制/代理/合同制）人员，该同志人事关系现在本单位，本单位同意其参加2023年聊城市第二人民医院招聘考试，如其被录用，本单位将配合相关手续。

联系人： 联系方式：

单位名称（盖章）：

时间： 年 月 日