附件5：

**同意报考证明材料**

**聊城市人民医院：**

本单位职工 ，性别 （男/女），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年聊城市人民医院公开招聘考试，如其被录用，本单位将配合办理其人事关系、人事档案、工资、党团关系等移交手续。

联系人： 联系方式：

 单位名称（盖章）：

 时间：2023年 月 日