附件5

同意报考证明（模板）

兹有我单位在职在编（含聘用控制数）职工XXX同志，身份证号:XXXXXXXXXXXXXXXXXX。该同志自XXXX年X月参加工作，试用期为XXXX年X月至XXXX年X月，试用期已满，服务期为XXXX年X月至XXXX年X月，服务期已满。我单位同意其报2023年度百色市右江区基层医疗卫生事业单位公开招聘政府聘用编外人员考试，如其被聘用，本单位将积极配合办理相关工作。

 单位负责人签字：

 年 月 日

 （单位盖章）

 主管部门负责人签字：

 年 月 日

 （主管部门盖章）

 同级人力资源和社会保障部门负责人签字：

 年 月 日

 （同级人力资源和社会保障部门盖章）