附件2：

相关证明

本单位 同志， 性别： ，籍贯 ， 身份证号码： ，于 年 月至 年 月，在我单位从事 工作，经研究，同意其报考2023年衡阳市市直卫健系统急需紧缺人才引进招聘考试。

特此证明。

（此证明限2023年衡阳市市直卫健系统急需紧缺人才引进资格审查时使用）。

工作单位（盖章）：

法定代表人签章：

日 期： 年 月 日

主管行政部门（盖章）：

法定代表人签章：

日 期： 年 月 日