附件5

**同意报考证明**

兹有我单位 同志，身份证号： 在单位从事 工作，现同意该同志申请参加洞口县卫生健康系统2023年度公开招聘考试，特此证明。

单位（盖章） 县级及以上主管部门（盖章）

2023年 月 日 2023 年 月 日