

# 同意报考证明

兹有我单位职工（学生）\_\_\_\_\_，身份证号码为：  
\_\_\_\_\_，报名参加睢宁县 2023 年公开招聘卫生  
专业技术人员考试。我单位同意其报考，若该同志能被录用，我  
单位将配合办理其档案、工资、党团关系的移交手续。

该同志在我单位的工作（学习）起止时间为：\_\_\_\_ 年\_\_ 月  
至 \_\_\_\_ 年\_\_ 月。

特此证明。

工作单位经办人（签字）：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

（加盖公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日