附件4:

同意报考证明（模板）

（2023年公开招聘医务人员考试专用）

右玉县公开招聘医护人员工作领导组：

兹证明我单位\*\*\*，性别\*，民族\*，政治面貌\*，身份证号\*，现任职务\*，参加工作时间\*，我单位同意其报考2023年右玉县公开招聘医护人员考试，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字： 单位盖章：

主管部门负责人签字： 主管部门盖章：

组织人事部门负责人签字： 组织人事部门盖章：

2023年 月 日