附件4

同意报考证明

儋州市那大镇卫生院：

兹有我单位\_\_\_\_\_\_同志，身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，参加儋州市那大镇卫生院2023年面向社会公开招聘编外公共卫生专技人员考试。我单位同意其报考，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、党团、人事关系的移交手续。

该同志在我单位从事 工作的开始时间为：\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_年\_\_\_\_月。

单位名称(盖章):

 单位联系电话：

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|  |
| --- |
| 如属在编、定向和委培生需经所在单位上级主管部门同意并盖章： |
|  单位名称(盖章): 单位联系电话：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |