

附件 3

## 同意报考证明

兹有我单位职工\_\_\_\_\_，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（第二批）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