附件:

同意报考证明

兹证明我单位 ，性别： ，民族： ，政治面貌： ，身份证号： ，现工作岗位： ，参加工作时间： 。我单位同意其报考吉县公立医院2023年公开招聘卫生专业技术人员考试，并积极配合办理档案、工资、党团关系等相关手续。

特此证明。

单位负责人签字：

单位名称（公章）

年 月 日

主管部门负责人签字：

主管单位名称（公章）：

年 月 日