**附件4：**

同意报考证明信

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 考生类别 | □在职人员 □定向委培生  □已签订就业协议的2024年应届毕业生 |
| 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位性质 |   | 签约时间或到现单位工作时间 |   |
| 人事管理权限单位意 见 | 同意 报名应聘单县妇幼保健院2024年公开招聘，如其被聘用，我单位将配合办理相关手续。单位负责人（签字）：    （加盖单位公章） 年 月 日 |
| 备 注 |  |

注：1、单位名称一栏，在职人员填写现工作单位名称，定向委培生填写定向委培单位名称，已签订就业协议的2024年应届毕业生填写签订协议单位。

 2、落款时间为出具证明的当天，不得为空。