**附件5：**

研究方向证明

 （姓名）系我校 （学院或系部） 级 （专业）学生（硕士/博士研究生），其研究方向为 。

特此证明。

 单位（盖章）

 年 月 日

注：本证明需应聘人员所在毕业学校院系或研究生处出具并盖章。

出具证明联系人： 联系电话：

同意报考介绍信

 （姓名）系我单位（在职/在职定向研究生/在职委培研究生）人员，经研究决定，同意该同志应聘山东中医药大学附属眼科医院2024年公开招聘的工作岗位，若该同志被聘用，将配合有关单位办理其档案、社保等的移交手续。特此证明。

单位（盖章）

年 月 日

注：本介绍信需应聘人员所在单位人事部门出具。

出具证明联系人： 联系电话：