附件3：

同意报考证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  | 政治面貌 |  | 籍 贯 |  |
| 身份证号码 | |  | | | |
| 参加工作时间 | |  | | | |
| 所在单位及现任职务 | |  | | | |
| 我单位同意\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志参加内黄县人民医院2024年公开引进人才考试，如果该同志被录用，我们将配合办理其有关手续。  人事部门联系人及电话：  盖章（单位公章）  年 月 日 | | | | | |