附件2

单位同意报考证明

衡东县卫生健康局：

兹证明， 同志（男，女）（身份证号 ），

系我单位在编在岗职工，于 年 月 日至 年 月 日在我单位工作，该同志试用期、服务期已满（截至2024年5月31日），在我单位工作期间无违法违纪行为，也没有受过任何法律纪律处罚。

以上情况属实，特此证明并同意报考（此证明限衡东县2024年公开招聘卫健系统专业技术人员报考资格审查时使用）。

负责人签字： 负责人签字：

单位（行政公章）： 主管部门（行政公章）：

2024年 月 日