**附件3：**

同意报考证明

兹有我单位人员姓名： ，身份证号： ；我单位同意其参加蒲县2024年卫体系统公开招聘卫生专业技术人员，并承诺如该同志被录用后按有关规定、程序办理人事手续。

该同志在我单位工作起止时间为： 年 月 日至 年 月 日。

我单位性质：

单位名称： （盖章）

日期： 年 月 日