附件3

同意报考证明（模板）

**（曲沃县公立医院2024年公开招聘工作人员考试专用）**

曲沃县公立医院公开招聘工作领导组办公室：

\*\*\*，性别，民族，政治面貌，身份证号，参加工作时间\*\*，系\*\*\*单位\*\*\*岗位工作人员（且服务期限已满），我单位同意其报考曲沃县公立医院2024年公开招聘工作人员考试，并保证其如被录用，将配合办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字（公章）：

\*\*年\*\*月\*\*日

主管部门负责人签字（公章）：

\*\*年\*\*月\*\*日

人事管理职能主管部门负责人签字（公章）：

\*\*年\*\*月\*\*日