附件4：

同意报考证明（模板）

古县2024年公开招聘事业单位工作人员领导组：

兹证明我单位XXX，性别，民族，政治面貌，身份证号：XXXXXXXX现任职务：XXXX，参加工作时间:XXXX年XX月，我单位同意其报考古县2024年公开招聘事业单位工作人员（古县2024年公开招聘大学毕业生到村（社区）工作、古县医疗集团2024年公开招聘医疗卫生专业技术人员）考试，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其人事档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字： 组织人社部门意见

单位名称（公章）

\*\*年\*\*月\*\*日 \*\*年\*\*月\*\*日