附件3

同意报考证明（模板）

#  兹有我单位在职在编（含聘用控制数）职工XXX同志，身份证号:XXXXXXXXXXXXXXXXXX。该同志自XXXX年X月参加工作，试用期为XXXX年X月至XXXX年X月，试用期已满，服务期为XXXX年X月至XXXX年X月，服务期已满。我单位同意其报百色市乐业县2024年医疗卫生事业单位公开招聘卫生专业技术人员考试，如其被聘用，本单位将积极配合办理相关工作。

 单位负责人签字：

 年 月 日

 （单位盖章）

 主管部门负责人签字：

 年 月 日

 （主管部门盖章）

 同级人力资源和社会保障部门负责人签字：

 年 月 日

 （同级人力资源和社会保障部门盖章）