附件三

同意报考证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位性质 |   |
| 单位意见 | 同意 报名参加第五师双河市总医院面向社会公开招聘编制备案制工作人员考试，如被聘用，我单位将配合办理人事、档案、工资、党团等关系的转移手续。单位负责人（签字）：    （加盖单位公章） 年 月 日 |