附件2

**单位同意报考证明**

杭州市萧山区卫生健康局：

同志（身份证号码 ）系我单位工作人员，经单位研究决定，同意该同志报考2022年杭州市萧山区卫生健康系统公开招聘事业单位工作人员（疾病控制）。

特此证明。

　　　　　　 　单位公章或单位人事部门盖章

　　　　　　　　　　　　　　年 月 日