附件3

单位同意报考证明

兹有我单位在职人员 　 ,性别 ，民族： ，身份证号码 。我单位为事业单位，该同志为正式工作人员，从 年 月至 年 月在我单位工作，同意其参加2023年苍南县县域医共体及其他卫生健康单位面向社会公开招聘工作人员考试。若其通过考试并被录用，将积极配合做好其工资、党团关系及人事档案关系转移等相关工作。

特此证明。

所在事业单位 主管部门

（盖章） （盖章）

年 月 日