附件3

**同意报考证明**

内黄县第二医疗健康服务集团：

兹有我单位 同志，性别： ，身份证号码： ，参加2023年内黄县第二医疗健康服务集团公开招聘医务工作人员考试，我单位同意其报考，如被聘用，将配合有关单位办理相关手续。

单位名称：

单位性质（行政机关、参公单位、事业单位、企业等）：

个人编制性质（公务员、参照公务员法管理机关工作人员、事业单位工作人员、职工、人事代理、劳务派遣等）：

该同志在我单位的工作时间为： 年 月 至 年 月

单位地址： 省 市 县（市、区）

单位人事部门联系人：

联系电话：

特此证明

单位名称： 主管单位名称

单位负责人签字： 主管单位负责人签字：

（加盖有人事管理权限的公章）

2023年 月 日 2023年 月 日

**注：请如实填写相关内容，请勿随意删减模板内容，请勿漏项，以免影响应试者的面试资格审查和考试聘用。**