附件3：

关于同意ⅹⅹⅹ同志参加霍山县2021年度

县级医疗卫生单位公开招聘报名的证明

霍山县卫生健康系统人员招聘管理工作领导组：

兹证明 同志 年 月参加工作，现为我单位（1、正式在编在岗人员；2、聘用人员），经研究，同意 该同志参加霍山县2021年度县级医疗卫生单位公开招聘报名。

特此证明！

工作单位（印章）：

主管部门（印章）：

 2021年 月 日