**同意报考证明**

**枣庄市中医医院：**

本单位职工 ，性别 （男/女），身份证号码： ， 年 月入职，目前

在 （单位名称+科室）工作，系本单位 （在编/备案制/人事代理/合同制）人员，该同志组织人事关系现在本单位，经本单位研究同意其参加2024年枣庄市中医医院合同制护理专业技术人员招聘考试，如其被录用，本单位将配合办理其人事关系、人事档案、工资、党团关系等移交手续。

单位主要负责人（签字）：

单位名称（盖行政章）：

组织（人事）部门联系电话：

（单位公章）

年 月 日