附件5

同意报考证明（参考模板）

昔阳县医疗集团公开招聘工作领导组：

兹证明我单位\*\*\*，性别 ，民族 ，政治面貌 ，身份证号 ，参加工作时间\*\*。该同志于 年 月 日至 年 月 日，在本单位从事 工作。我单位同意其参加昔阳县医疗集团2024年公开招聘专业技术人员考试，如被录用，我单位将配合办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字：

单位名称（公章）

2024年\*\*月\*\*日

注：机关公务员、事业单位工作人员须加注主管部门及当地组织、人事部门同意报考意见，并注明是否有服务期限、是否在试用期内。