附件3

同意报考证明（模板）

**（翼城县人民医院2024年公开招聘专业技术人员考试专用）**

翼城县人民医院公开招聘工作领导组办公室：

\*\*\*，性别，民族，政治面貌，身份证号，参加工作时间\*\*，系我单位\*\*\*岗位工作人员（且服务期限已满），我单位同意其报考翼城县人民医院2024年公开招聘专业技术人员考试，并保证其如被录用，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）

\*\*年\*\*月\*\*日