附件3

同意报考证明

东营市第二人民医院：

兹有我单位 同志，身份证号 ，参加东营市第二人民医院2024年公开招聘工作人员招聘考试，我单位同意其报考，并保证其如被录用，将配合办理其档案、工资、党团关系的移交手续。

特此证明。

单位人事工作负责人签字： 联系电话：

单位负责人签字： 单位公章：

年 月 日