附件3

同意报考证明(模板)

**浑源县医疗集团2024年公开招聘工作人员领导组办公室:**

兹证明我单位\*\*\*，性别\*，民族\*\*，政治面貌\*\*，身份证号码\*\*\*\*，参加工作时间\*\*\*\*，我单位同意其报考浑源县医疗集团2024年公开招聘考试，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字: 单位主管部门(公章)单位名称(公章) \*\*\*\*年\*\*月\*\*日