附件2:

同意报考证明

兹有我单位 同志， 年 月 日出生，身份证号码 ， 年 月至我单位参加工作，为（全额、差额）事业编制人员，我单位同意其参加台州湾新区组织的公开选聘卫生类工作人员考试。如果被录用，将配合有关单位办理其人事关系、档案、工资等转移手续。

特此证明。

所在单位（盖章） 主管部门（盖章）

年   月   日        年   月   日