**附件8**

**单位同意报考证明**

宜章县 （单位）:

兹有我单位员工\_\_\_\_\_\_\_ ，性别 ，身份证号 ，参加2024年宜章县卫生健康系统公开招聘工作人员考试。我单位同意其参加报考，若该同志通过考试并被聘用，我单位将积极配合做好其工资及人事档案关系的转移工作。

特此证明。

单位名称(章)：

主管部门（章）：

经办人：

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日