附件2：

同意报考证明

兹有 同志（身份证号： ）属我单位在岗不在编人员，从事 岗位，现同意其参加万载县2024年医疗单位招聘合同制考试。

特此证明。

院长签字： 单位（盖章）：

年 年 月 日