附件1

同意报考证明

菏泽市第三人民医院：

兹有我单位在职人员 ，身份证号码： ，参加菏泽市第三人民医院2024年公开招聘合同制工作人员考试，我单位同意其报考。若该同志被聘用，我单位将配合做好相关人事关系转移工作。

特此证明。

联系电话：

单位意见： 主管部门意见：

人事科长签字： 审查人签字：

主要负责人签字：

（单位盖章） （主管部门盖章）

2024年 月 日 2024年 月 日