附件3

同意报考证明

保亭黎族苗族自治县医疗集团：

兹有我单位 同志，身份证号： ，参加保亭黎族苗族自治县医疗集团2024年考核招聘事业编制工作人员招聘考试。该同志工作在我单位工作时间为 年 月至 年 月，已满所规定的服务期限，我单位同意其报考，并保证如其被录用，将配合办理其档案、党团、人事关系的移交手续。

特此证明。

 所在单位名称(盖章):

 所在单位联系电话：

 年 月 日

 人事综合管理部门名称(盖章):

 人事综合管理部门联系电话：

 年 月 日