附件5：

同意报考证明

兹有我单位 同志,身份证号码： ，系我单位 (或下属单位 )在编人员。经核，该同志不在服务期内，我单位同意其报考乐东黎族自治县2024年度公开招聘医疗卫生专业人才考试，一经录用,将配合有关单位办理其档案、党团关系的移交手续。

单位名称（盖章）： 主管部门（盖章）：

联系电话： 联系电话：

 2024年 月 日