附件3:

单位同意报考证明

兹证明 同志，身份证号码： ，

 年 月毕业于 （学校） （专业）， 年 月至今在 xx医院 从事 工作,现所在单位是否同意该同志报考“2020年会泽县钟屏、以礼街道卫生服务中心公开考试选调工作人员的岗位”。

特此证明

所在单位意见（同意或不同意）：

主要负责人签字：

 单位名称（公章）：

 年 月 日