附件3

同意报考证明

（乡宁县公立医院2023年公开招聘工作人员考试专用）

乡宁县公立医院公开招聘工作领导组 ：

兹证明我单位XXX，性别，民族，政治面貌，身份证号：XXXXXXXX现任职务：XXXX，参加工作时间:XXXX年XX月，我单位同意其报考乡宁县公立医院2023年公开招聘工作人员考试，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字：

单位名称（公章）

\*\*年\*\*月\*\*日

备注：已就业的考生需提供此表