

附件 2:

同意应聘说明（式样）

_____:

兹有我单位工作人员 _____，身份证
号：_____，参加 2024 年
度峰城区基层医疗卫生机构公开招聘。我单位同意其应聘，
并保证其若被聘用，将配合有关单位办理其档案、工资、保
险关系的移交及执业地点变更等手续。

单位联系人：

联系电话：

单位名称（章）：

2024 年 月 日