

附件 4

同意报考证明

兹有我单位职工_____，身份证号码为：
_____，报名参加2024年睢宁县公开招聘卫生
专业技术人员考试。我单位同意其报考，若该同志能被录用，
我单位将配合办理其档案、工资、党团关系的移交手续。

该同志在我单位的工作起止时间为：_____年_____月
至_____年_____月。

特此证明。

工作单位经办人（签字）：_____

联系电话：_____

（加盖公章）

_____年_____月_____日