**附件3**

**同意报考证明**

新安县人力资源和社会保障局：

兹有我单位 同志,身份证号： ，参加2024年新安县公开招聘事业单位工作人员考试，我单位同意其报考,如被录用，将配合有关单位办理相关手续**。**

单位名称：

单位性质（行政机关、参公单位、事业单位、企业等）：

个人编制性质（公务员、参照公务员法管理机关工作人员、事业单位工作人员、职工、劳务派遣人员等）

该同志在我单位的工作时间为： 年 月至

年 月

单位地址： 省 市 县（市、区）

单位人事部门联系人：

联系电话：

特此证明。

单位意见（加章） 主管部门意见（加章）

（加盖具有人事管理权限的单位公章）

2024年 月 日

**注：请如实填写相关内容，请勿随意删减本模板内容，请勿漏项，以免影响应试者的面试资格审查和考试录用。**