附件7

**同意报考证明**

XXX（身份证号：XXXXXXXXXXXXXXXXXX）系我单位xxxx部门（岗位）人员，我单位同意其报名参加三亚崖州湾科技城医院（上海交通大学医学院附属仁济医院三亚医院）2024年公开（考核）招聘事业编制及员额制工作人员，如其被录用，我单位配合录用所需办理的手续的一切事宜。

xxx（单位名称）

年 月 日

**（本模板仅供参考）**