**附件3：**

**单位同意报考证明表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 所在单位及职务 |  | 参加工作时间工作时间 |  |
| 事 由 | 报考塔河县2023年医疗卫生事业单位急需紧缺人才公开招聘考试 | | | |
| 所  在  单  位  意  见 | （公章）  年 月 日 | | | |
| 组  织  或  人  社  部  门  意  见 | （公章）  年 月 日 | | | |