附件3

同意报考证明

海南省妇女儿童医学中心：

兹有我单位职工 （身份证号码 ），现报名参加你单位2025年招聘工作人员的考核/考试。该同志已在我单位工作满 年，不存在试用期内或最低服务年限，我单位同意其参加报考，并同意若被录用，将配合你单位办理其档案、党团、人事关系的移交手续。

联系人：XXX；联系电话：XXXXX。

所在单位（盖章）：                上级主管部门（盖章）：

年   月    日                        年   月    日

（本单位有相应批准权限的，只需要本单位同意盖章即可；如本单位无相应批准权限的，需有相应权限的上级主管部门同意并盖章。