附件4

同意报考证明

定安县人民医院医共体：

兹有我单位\_\_\_\_\_\_同志，身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，参加定安县人民医院医共体2025年事业单位工作人员招聘考试。已满所规定的服务期，我单位同意其报考，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、党团、人事关系的移交手续。

该同志在我单位从事 工作的开始时间为：\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_年\_\_\_\_月。

单位名称(盖章):

单位联系电话：

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|  |
| --- |
| 如属定向和委培生需经所在单位上级主管部门盖章、属在编人员需上级主管部门及人事综合部门同意并盖章： |
| 上级主管部门(盖章): 联系电话：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | 人事综合部门(盖章): 联系电话：\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |