附件3

单位同意报考证明

兹有我单位在职人员 　 ,性别 ，民族： ，身份证号码 。我单位为 （行政机关/事业单位)，该同志为正式工作人员，从 年 月至 年 月在我单位工作，同意其参加2025年苍南县县域医共体联合面向社会公开招聘卫生专业技术人员考试。若其通过考试并被录用，将积极配合做好其工资、党团关系及人事档案关系转移等相关工作。

特此证明。

所在事业单位 主管部门

 （盖章） （盖章）

年 月 日