附件 2：

单位报考证明

陆川县中医院：

XXX （身份证号： ）系我单位职工，于 年 月 日起至今在我单位工作，从事XXX岗位工作。

我单位同意其报考你院 2025 年第二批公开招聘工作人员考试。如其顺利录取，我单位同意允许其调离（含辞职、

解聘等）。

特此证明。

单位（盖章）：

联系电话：

 年 月 日