附件6

同意报考证明

XXX,身份证号码为 ，系我单位（或下属单位 ）在编人员。经核，该同志目前服务期已满，我单位同意其报考昌江黎族自治县2025年公开考核招聘医疗卫生事业单位工作人员考试，一经录用，按程序办理离职手续。

单位名称（盖章）： 主管部门（盖章）：

联系电话： 联系电话：

 2025年XX月XX日