附件4

**同意报考证明**

（模板）

同志（身份证号： ），截至2025年 月 日，系 （县市区） （单位）在编在岗人员，自 年 月至 年 月从事 工作，试用期 （已满或未满），服务期 （已满或未满）。经研究，同意 同志报考2025年永兴县医疗卫生单位公开招聘专业技术人员考试。

特此证明。

经办人（签名）： 经办人（签名）：

（单位盖章） （人事主管部门盖章）

2025年 月 日 2025年 月 日