附件3

单位同意报考证明

兹有 （现编制单位名称）工作人员 ，身份证号码： ,属于在编在职人员，单位性质为 。该同志于 年 月 日通过 （考试录（聘）用、考核聘用、政策安置）方式录（聘）用为 （公务员、参公人员、事业单位人员），近三年（2022-2024）年度考核结果分别为 ，已满最低服务期限。

我单位同意其参加乐山卫生健康委员会2025年下半年公开选调工作人员考试，并承诺如该同志被选调后按有关规定、程序配合办理人事调动手续。

特此证明。

所在单位负责人签字：

单位（盖章）：

　　　　　　　　　　　 年 月 日

所在单位主管部门意见（盖章）：

审查人签字：

年 月 日

所在地组织或人社部门意见（盖章）：

审查人签字：

年 月 日