附件2

在编在岗人员相关证明

本单位 同志，性别： ，籍贯 ，身份证号码： ，于 年 月至 年 月，在我单位从事 工作，经研究，同意其报考衡山县2023年卫健系统急需紧缺专业技术人才引进考试。

特此证明。

（此证明限衡山县2023年卫健系统急需紧缺专业技术人才引进资格审查时使用）。

工作单位（盖章）：

法定代表人签章：

日 期： 年 月 日

主管行政部门（盖章）：

法定代表人签章：

日 期： 年 月 日