附件3

单位同意报考证明

菏泽市第三人民医院：

兹有我单位在职人员 ，身份证号： ，参加2023年菏泽市第三人民医院公开招聘编制备案制工作人员考试，我单位同意其报考，若该同志被聘用，我单位将配合做好相关人事关系的转移工作。

特此证明。

单位主要负责人签字：

单位分管负责人签字：

单位组织人事科长签字：

单位联系电话：

（原用人单位公章）

2023年 月 日