附件4

同意报考证明（模板）

应县2023年公立医院公开招聘专业技术人员工作领导组：

兹证明我单位\*\*\*，性别\*\*\*，民族\*\*\*，政治面貌\*\*\*，身份证号\*\*\*，现任职务\*\*\*，参加工作时间\*\*\*，我单位同意其报考应县公立医院，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字：

单位名称：（公章）

\*\*年\*\*月\*\*日