**附件5：**

**同意报考证明（模板）**

东方市医疗健康集团：

兹证明我单位 同志，身份证号： ，参加东方市医疗健康集团2024年医疗卫生专业技术人员考核招聘考试。我单位同意其报考，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、党团、人事关系的移交手续。（备注：未满服务年限的请注明）

 单位名称(盖章):

 单位联系电话：

 年 月 日

|  |
| --- |
| 如属在编人员需经市(县)主管部门同意并盖章： |
| 单位名称(盖章): 单位联系电话： 年 月 日 |