附件3

同意报考证明

 兹证明 同志，身份证号： ，系我单位在职 （编制内/编制外合同制）职工，于 年 月参加工作，自 年 月起聘到我单位

 （科室/部门）从事 （岗位）工作至今。经研究，同意该同志参加崇左市妇幼保健院2024年度公开招聘聘用人员控制数（非实名编）工作人员招聘考试。

特此证明。

 XXX（单位公章）

 年 月 日