附件3

同意报考证明

日照市人民医院：

兹有我单位 同志，身份证号 ，参加2023年日照市人民医院急需紧缺人才招聘考试，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、工资、党团关系的移交手续。

特此证明。

单位人事部门负责人签字：

联系电话：

 （单位公章）

年 月 日