附件4

同意报考证明

日照市妇幼保健院：

兹有我单位 同志，身份证号 ，参加2023年日照市妇幼保健院急需紧缺人才公开招聘，我单位同意其报考，并保证其如被聘用，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