附件2.

单位同意报考证明（示例）

观山湖区卫生健康系统“双轨制”聘用人员招聘工作领导小组办公室：

兹有 同志，身份证号码： ，为我单位**正式□/临时☑**职工，该同志从 年 月至 年 月在我单位 （部门）从事 （岗位）工作。经研究，同意其报考观山湖区卫生健康系统2023年面向社会

公开招聘“双轨制”人员考试。

特此证明。

（公章）

年 月 日