附件3：

单位同意报考证明

兹有我单位职工 同志，身份证号： ，工作起止时间为： 年 月 日至今。我单位同意本人参加2022年延津县医疗卫生共同体总医院公开招聘工作人员考试，如果被聘用，将配合有关部门办理其档案、党（团）、人事关系的移交手续。

单位名称（公章）

2022年 月 日