**附件**

**单位同意报考证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **学历** |  | **职称** |  | **身份证号码** |  |
| **参加工作 时 间** |  | **现工作单位及岗位** |  |
| **现实表现** |  |
| **有无****违法****违纪****行为** |  |
| **所在单位意见** | **我单位同意其报考德州市第二人民医院合同制护士招聘，如其被录用，我单位将配合办理其相关手续。 （单位盖章）**  **年 月 日** |