附件5

同意报考证明

 兹证明， 同志(身份证号： ) 为我单位工作人员，我单位同意其参加湘潭市第二人民医院公开招聘合同制人员考试考核，若该同志通过招聘考试考核，同意协助办理相关手续的工作。

单位签章：

 2022年 月 日

（此证明由考生所在单位开具）