附件2

同意应聘证明（式样）

 ：

兹有我单位工作人员 ，身份证号： ，参加滨州市人民医院2023年合同制护理工作人员的公开招聘。我单位同意其应聘，并保证其若被聘用，将配合有关单位办理其档案、工资、保险关系的移交及执业地点变更等手续。

单位联系人：

联系电话：

单位名称（章）：

2023年 月 日