附件4：

同意报考证明（模板）

2023年左权县人民医院（山西省人民医院左权分院）公开招聘专业技术人员领导组：

兹证明我单位 ，性别 ，民族 ，政治面貌 ，身份证号码 ，现任职务 ，参加工作时间 ，我单位同意其报考2023年左权县人民医院（山西省人民医院左权分院）公开招聘专业技术人员考试，并保证其如被聘用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系等移交手续。

单位负责人签字：

单位名称（公章） 单位主管部门（公章）

组织（人事）部门（公章）

年 月 日