附件4：

同意报考证明

寒亭区卫生健康局：

兹有我单位 同志，身份证号码为 ，报名参加寒亭区2023年公开招聘事业编制医疗卫生专业技术人员考试。我单位同意其报考，并保证其如被录用，将积极配合有关部门单位办理其档案、工资、党团关系的移交手续。

特此证明。

单位人事工作负责人（签名）： 联系电话：

单位负责人（签名）： 单位公章：

年 月 日