**附件三：**

同意报考证明

兹证明 同志（身份证号： ）系我单位（□编制职工 □编制外合同制职工，请在对应方框中打√），

自 年 月至 年 月在我单位 (科室)从事 (医师/技师/护士/管理等)工作。

经研究，同意其参加你院2018年公开招聘人员考试。

特此证明

 （单位公章）

2018年 月 日