附件2:

**同意报考证明**

兹证明， 同志为我单位在编在岗工作人员，在我单位使用事业编制，个人身份为事业单位工作人员。近三年内年度考核等次： 2016年 ，　2017年 ，2018年 。我单位同意其参加2019年雨湖区医疗保障事务中心公开选调事业单位工作人员考试，若该同志通过选调考试，同意协助办理相关手续工作。

单位签章

2019年 月 日

（此证明由考生所在单位开具，并加盖公章。）