附件4

同意报考证明

兹证明， 同志为我单位（在编在岗）工作人员。我单位同意其参加2020年天元区卫健系统公开招聘（选调）事业单位工作人员考试，若该同志通过招聘考试，同意协助办理相关手续工作。

单位签章 主管部门签章

2020年 月 日

（此证明由考生所在单位及主管部门开具，在编机关事业单位工作人员须加盖县区级人事部门公章。）