同意报考证明

兹有我单位 ，性别 ，身份证号码 。现同意该同志参加2021年度砀山县公开招聘乡镇卫生院工作人员考试。如果被录取，将配合有关单位办理其档案移交手续。

特此证明

单位盖章 主管部门盖章

年 月 日 年 月 日