附件2

同意报考证明（模板）

湖南湘江新区：

兹证明我单位\*\*\*，性别\*\*\*，民族\*\*\*，政治面貌\*\*\*，身份证号\*\*\*，现任职务\*\*\*，参加工作时间\*\*\*，我单位同意其报考湖南湘江新区2025年公开招聘基层医疗卫生机构事业单位工作人员考试，并保证其如被录用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系等移交手续。（县级以下事业单位正式在编工作人员尚在最低服务年限内的需经人社部门盖章同意）

 单位负责人签字：

 单位名称（公章）

 2025年 月 日