附件4：

同意报考证明

济南市市中区卫生健康局：

兹有我单位在职在编职工\_\_\_\_\_\_同志，身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，参加2023年度济南市市中区卫生健康局所属事业单位公开招聘工作人员公告考试。我单位同意其报考，若该同志被聘用，将配合有关单位办理其档案、工资、党团关系的移交手续。

特此证明

\_\_\_\_\_\_\_\_单位(公章)

\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日