附件4：

同意报考证明材料

聊城市退役军人医院：

本单位职工 ，性别 （男/女），身份证号码： ， 年 月入职，目前在 （单位名称+科室）工作，系本单位 （在编/备案制/代理/合同制）人员，该同志人事关系现在本单位，本单位同意其参加聊城市退役军人医院2023年公开招聘事业编制工作人员考试，如其被录用，本单位将配合办理其人事关系、人事档案、工资、党团关系等移交手续。

联系人： 联系方式：

单位名称（盖章） 时间： 年 月 日