附件5：

**工作单位（同意报考）证明**

修文县人民医院招聘工作办公室：

兹有 同志，身份证号码： ，为我单位**正式□/临时□**职工，该同志从 年 月至

 年 月在我单位 （部门）从事 （岗位）工作。经研究，同意其报考修文县人民医院2024年公开招聘编制外专业技术人员。

特此证明。

（公章）

2024年 月 日