附件3

同意报考证明

兹证明， 同志（身份证号： ）为我单位（在编在岗、合同制、临聘、劳务派遣）工作人员，近三年内年度考核等次：2017年 ，2018年 ，2019年 。我单位同意其参加湘潭市中心医院2020年公开招聘考试，若该同志通过招聘考试，同意协助办理相关手续工作。

单位签章 主管部门签章

 年 月 日

（此证明由考生所在单位及主管部门开具，在编机关事业单位工作人员须加盖县级人事部门公章。）