**同意报考及工作经历证明**

兹有\_\_\_\_\_\_\_同志(身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )，系我单位工作人员，该同志从 年 月至今在我单位工作，我单位同意其报考2020年中山大学附属第三医院公开招聘事业单位工作人员考试。若该同志能被录用，我单位将配合有关单位办理其相关手续。

 该同志在我单位工作期间年度考核：\_\_\_\_\_\_\_

医德考评：\_\_\_\_\_\_\_

特此证明

所在科室负责人签名：

所在单位人事部门盖章

2020年\_\_\_月\_\_\_日