**附件**

**单位同意报考证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **学历** |  | **职称** |  | **身份证号码** |  |
| **参加工作 时 间** |  | **现工作单位及岗位** | |  | |
| **现实 表现** |  | | | | |
| **有无**  **违法**  **违纪**  **行为** |  | | | | |
| **所在 单位 意见** | **我单位同意其报考德州市第二人民医院合同制护士招聘，如其被录用，我单位将配合办理其相关手续。  （单位盖章）**  **年 月 日** | | | | |