附件4

关于同意×××同志报考

舒城县公立医院的证明（式样）

兹证明 同志 年 月参加工作，现为我单位正式在编在岗工作人员。经研究，同意该同志参加舒城县公立医院招聘工作人员考试。

特此证明。

单位负责人签名： 主管部门负责人签名：

工作单位（印章）： 主管部门（印章）：

 2016年 月 日