附件3

同意报考证明

嘉陵区人力资源和社会保障局：

兹有XXX同志（身份证号码：）,系我局/部/处XX单位在

编事业单位干部，同意该同志参加嘉陵区2020年下半年公开考调卫健系统事业单位工作人员考试，如被录用，同意按照考调程序办理相关人事关系。

特此证明

 （人社部门盖章） （主管部门盖章）

 年 月 日