附件2

单位同意报考证明

兹有我单位在职人员（姓名+身份证号），拟报名参加邢台市邢台医学高等专科学校2023年公开选聘。经研究，我单位同意其参加此次考试。若该同志通过考试并被聘用，我单位将积极配合做好其工资、人事档案关系、党团关系等的转移工作。

该同志在我单位的工作时间为： 年 月至今

特此证明。

 考生所在单位（盖章）

 年 月 日