附件4：

同意报考证明

\*\*\*同志（身份证号：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*），系\*\*\*（县市区）\*\*\*\*\*\*\*\*\*单位在编人员，现试用期 （已满或未满），服务期 （已满或未满）。经研究，同意\*\*\*同志报考2024年桂东县公开招聘医疗卫生专业技术人员考试

特此证明。

单位名称(章)：

主管部门（章）：

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日