附件2

单位同意报考证明

兹有　　　　　　　　　　　　　　（事业单位）在编人员 　 同志　　　 ,性别　　　，身份证号码　　　　　　　　　　,于 　年　月被录（聘）用为事业单位工作人员。截止到2024年6月23日,已在编在岗 年 个月，录（聘）用后近三年年度考核结果为：　　　 　　　 （新录（聘）用当年年度考核为不确定等次）， 　　　年年度考核为 等次； 年年度考核为 等次。我单位同意其参加2024年乐清市公开招聘医药卫生类工作人员考试。

特此证明

所在事业单位 主管部门

（盖章） （盖章）

年 月 日