|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |
| 所在单位同意报考证明信 |
| **“人事关系所在单位意见”、“人事档案管理部门意见”栏均需填写，并加盖公章。** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份 |  | 职称（技术等级） |  | 身份证号码 |  |
| 参加工作时间 |  | 现工作单位及岗位 |  |
| 现实表现 |  |
| 有无违法违纪行为 |  |
| 人事关系所在单位意见 |  该同志人事关系现在我处，我单位同意其参加贵单位基层医疗服务人员招聘，如其被聘用，我单位将配合办理其工资、社保、党团关系的移交手续。 （单位盖章） 批准人：（签字） 年 月 日 |
| 备注 |  |
| 填表说明：1.“身份”从应届毕业生、干部、工人、见习期学生（未办理转正定级手续）中选填；2.“职称（技术等级）”：“职称”指取得的专业技术职务任职资格，“技术等级”指工人取得的工人技术等级；3.“单位意见”栏中“批准人”由单位负责人签字，“人事档案管理部门意见”栏中“经办人”由人事代理机构经办人签字。 |
|