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 月被录用为事业单位工作人员。我单位同意其参加2023年瑞安市医疗服务集团及其他医疗卫生单位面向社会公开招聘事业人员考试。特此证明。

所在事业单位 主管部门

 （盖章） （盖章）

年 月 日