附件3

单位同意报考证明

泰州市医疗保障局：

我单位是全额拨款事业单位， 同志系我单位在编在岗工作人员。我单位同意该同志参加你单位公开选调，如被选用将配合你单位办理相关调动手续。

特此证明！

所在单位：（盖章） 主管部门：（盖章）

负责人：（签字） 负责人：（签字）

年 月 日 年 月 日