附件3

**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。截止到2020年7月22日,已在编在岗 年 月，近三年年度考核结果为：2017年 ，2018年 ,2019年 。我单位同意其参加2020年鹿城区公开招聘（选调）事业单位卫生专业技术人员考试。特此证明。

所在事业单位 主管部门 人力社保局

（盖章） （盖章） （盖章）

年 月 日