**附件2：**

**同意报考证明**

兹证明， 同志(身份证号： ) 为我单位工作人员，我单位同意其参加湘潭市第三人民医院公开招聘专业技术人员考试，若该同志通过公开招聘考试考核，同意协助办理相关手续工作。

单位签章 主管部门签章

2021年 月 日

（此证明由考生所在单位及主管部门开具）