附件3

同意报考证明

阜阳市医疗保障局：

同志，性别 身份证号码： 。

现为我单位（具体工作单位）： 工作人员。经研究，我单位同意该同志报考你单位，如考取，同意办理辞职、调档等相关手续。

经办人（签名）：

联系电话：

所在单位（盖章） 主管部门（盖章）

2021年 月 日 2021年 月 日