附件3

同意应聘证明（式样）

滨州市人民医院：

兹有我单位工作人员xxx，身份证号：xxx，参加滨州市人民医院2023年公开招聘合同制工作人员考试。我单位同意其应聘，并保证其若被聘用，将配合有关单位办理其档案、工资、保险关系的移交及执业地点变更等手续。

单位联系人：

联系电话：

单位名称（章）：

2023年 月 日