附件4

**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2021年6月17日,已在编在岗 年 月，近三年年度考核结果为：2018年 ，2019年,2020年。我单位同意其参加2021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

 （盖章） （盖章）

 年 月 日