附件2

同意报考证明

广西壮族自治区医疗保障局：

兹有 ， 身份证号 ，系我单位 （人员身份，如正式在职在编人员等） ，自 年 月 日在我单位工作至今。现同意其报考你单位2023年度公开招聘事业单位工作人员相关岗位。

 单位（公章）

 年 月 日