附5：

**同意报考证明材料**

 姓名 ，身份证号码： ，已参加我单位招聘，并与我单位签订就业协议，本单位同意其参加2023年聊城市第二人民医院招聘考试，如其被录用，本单位将配合相关手续。

联系人： 联系方式：

 单位名称（盖章）：

 时间： 年 月 日