附件2：

单位同意报考证明

本单位（系统） 同志，性别： ，身份证号码： ，于 年 月至 年 月，在我单位从事 工作，经研究，同意其报考衡东县医疗保障局及下属事业单位2024年公开遴选（选调）工作人员考试。该同志入编以来年度考核结果情况如下：

 。服务期情况如下： 。

工作单位意见（盖章）：

主管部门意见（盖章）：

日期： 年 月 日