附件2

**单位同意报考证明**

杭州市萧山区卫生健康局：

 同志（身份证号码 ）系我单位工作人员，经单位研究决定，同意该同志报考2020年萧山区卫生健康系统招聘事业单位工作人员。

特此证明。

　　　　　　 单位公章或单位人事部门盖章

年 月 日