**工作证明**

兹有我单位       同志，身份证号：         在单位从事
     工作，现同意该同志申请参加洞口县卫生健康系统2020年度公开招聘考试，特此证明。

单位（盖章）                   县级及以上主管部门（盖章）
2020年   月   日                      2020 年  月  日