**附件3：**

**证 明**

**（参考样式）**

**营山县医疗保障局：**

**现有我单位XXX同志，性别X，X年X月生，本人身份为（公务员、参公管理事业单位人员、事业单位专技人员、管理人员、工勤人员），X年X月参加工作，从事XX工作X年，政治面貌为XX，参加工作以来历年年度考核结果均为称职（合格）及以上等次（试用期除外）。同意报考。**

**特此证明。**

**单位负责人签字：（公章）**

**年 月 日**