附件2

关于同意××同志报考和工作经历的证明

省医疗保障局：

×××同志系我单位在编在岗公务员（不属于新录用或提职试用期未满公务员），我单位同意其报考省医疗保障局公务员遴选。经查核干部档案，该同志历年考核等次分别为××。×年×月——×年×月在××单位工作，具有×××工作经历，符合本次报考条件。

特此证明。

×××单位（盖章）

2021年×月×日