附件3

同意应聘说明（式样）

博山区人民医院：

兹有我单位工作人员 ，身份证号： ，参加2025年博山区人民医院劳务派遣制专业技术人员招聘。我单位同意其应聘，并保证其若被聘用，将配合有关单位办理其档案、工资、保险关系的移交及执业地点变更等手续。

单位联系人：

联系电话：

单位名称（章）：

2025年 月 日