附件3

同意报考证明

姓名： 性别：

身份证号码：

现工作单位及职务：

报考单位：

报考岗位编码：

工作单位意见：同意 同志报考泸州市龙马潭区卫生事业单位2019年上半年直接考核招聘专业技术人员。

 单位名称（盖章）

 年 月 日