附件3：

**同意报考函**

姓 名： 性 别：

身份证号：

现工作单位：

进入现工作单位时间：

报考单位：

报考岗位名称及编码：

工作单位意见： 经研究，同意 同志报考泸县医疗保障局关于下属事业单位公开考核招聘工作人员的公告中相关岗位。

 单位名称（盖章）

 年 月 日