**附件3：**

**同意报考审查意见**

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：

应聘岗位名称：

工作单位意见： 同意 同志参加2024年泸州市妇幼保健院（泸州市第二人民医院）面向社会公开招聘。

单位名称（盖章）

 年 月 日