附件3

文山州医疗保障局2019年公开遴选

工作人员面试确认书

文山州医疗保障局：

本人 ，身份证号： ，准考证号码： ，参加文山州医疗保障局2019年公开遴选工作人员笔试考试，已进入该岗位面试名单。现承诺已知悉面试公告相关要求，确认参加面试。

联系电话：

签名（考生本人手写、按印）：

日期： 年 月 日