附件3

介 绍 信

市选聘办：

兹介绍我单位职工\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_到你处参加2023年耒阳市公开选聘医疗保障工作人员考试报名，请予接洽。

单位负责人签名：

 单位盖章

 年 月 日