附件3

单 位 委 托 函

南宁市卫生健康人才与技术服务中心：

兹有我单位 同志,身份证号： 前往你中心领取本辖区（本单位）考生2023年卫生专业技术资格证书/护士资格证书。

单位：（盖公章）

年 月 日

单位联系电话：

经办人联系电话：