附件3

云南省社会保险基金监督举报事项结案

通知书

编号：

 ：

 你（单位）于 年 月 日提出的关于 举报事项，根据有关规定我们已依法核查处理，现将核查结果告知如下：

 联系人：

 联系电话：

 送达方式：

 受送达人（签字或盖章）：

 XX人力资源和社会保障厅（局）（印章）

 年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、人力资源社会保障行政部门各一份。