附件

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | (相片) |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 身份证号 |  | 微信号 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | 在职（退休） |  |  |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 |  |  |
| 工作单位（原单位）及职务 |  | 家庭住址 |  | |
| 工  作  经  历 |  | | | |
| 个人申请意见 |  | | | |
| 推荐单位（组织）审批意见 |  | | | |
| 医疗保障局 审批意见 |  | | | |

黄山区医疗保障社会监督员登记表

备注：1.交个人蓝底标准照电子版；2.“单位（原单位）及职务”和“推荐单位（组织）审批意见栏”，无单位或无单位推荐意见的可不填。