附件

广元市昭化区医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | 学 历 |  |
| 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 聘请人员声明 | 本表上所填写的内容真实、有效，本人自愿配合医疗保障行政部门，秉持公心，依法开展医疗保障基金社会监督工作。签 名：年 月 日 |