|  |
| --- |
| **附件****剑阁县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 |  | 是否在职 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 学 历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 聘请人员声名 | 本表所填写的内容真实、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 |
|
|
|
|
|
|