附件二

博白县医疗保障基金社会义务监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | |
| 工作单位  及职务 |  | | | |
| 学历 |  | 毕业院校  及专业 |  | |
| 报名人员  诚信声明 | 本人承诺：  1.本表上所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障基金社会义务监督员职责相适应的健康状况等条件；  2.本人无犯罪记录及严重失信行为，接受医疗保障行政部门的指导，秉持公心，依法开展医疗保障基金社会监督工作。  本人签字：  年 月 日 | | | |