会东县医疗保障局医疗保障基金社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | 在职(退休) |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 微信号 |  | 健康状况 |  |
| 电话 |  | 身份证号 |  |
| 住址 |  | 单位(原单位)及职务 |  |
| 个人简历 |
|  |
| 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 |  |

备注:1.交个人蓝底标准照电子版;2.“工作单位(原工作单位)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以不填。