附件：

澄迈县医疗保障基金社会监督员审批表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |
| 信用承诺 | 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 | | | |
| 分管领导意见 |  | | | |
| 主要领导意见 |  | | | |