附件1

大姚县公开招募医保基金监管社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 民族 |   |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   | 文化程度 |   |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 工作单位 |  |
| 工作经历 |  |
| 骋用单位意见 | 经审查， 同志符合骋用条件，同意聘用该同志为**医保基金监管社会监督员**，骋期自 至 止。  聘用单位（盖章） 年 月 日 |