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 | | | | | |