附件2

大姚县公开招募医保基金监管社会监督员推荐表

推荐单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被推荐人  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 | | | | |  | | | |
| 工作单位及职务 | | | | |  | | | |
| 推荐单位意见 | 推荐单位名称（盖章） | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |