附件2

永德县医疗保障基金社会监督员个人报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 出生年月 |   | 照片 |
| 民 族 |   | 政治面貌 |   | 职务职称 |   |
| 毕业院校 |   | 专 业 |   |
| 工作单位 |  |
| 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 工作简历 |  |
| 个人意见： 签名：年 月 日 |
| 医疗保障部门意见：（盖章）年 月 日 |