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 | | | | | | | |