附件

清江浦区医保基金监管社会监督员人员信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 照片 |
| 政治面貌 | |  | | 民 族 | |  |
| 联系电话 | |  | | 健康  状况 | |  |
| 工作单位  及职务 | |  | | | | | |
| 学历 | |  | 毕业院校  及专业 | |  | | |
| 个人简历 |  | | | | | | |
| 诚信声明 | 本人承诺：  1.本表上所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医保基金监管社会监督员职责相适应的健康状况等条件。  2.本人无违法情况及严重失信行为，接受医疗保障部门的指导，秉持公心，依法开展医疗保障社会监督工作。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |

年 月 日