附件

蒙山县医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 照片 |
| 出生日期 | |  | | 民 族 | |  |
| 政治面貌 | |  | | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 | |  | | 在职/退休 | |  |  |
| 联系方式 | |  | | 专业特长 | |  | |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | |
| 第一学历 | |  | 毕业院校及专业 | |  | | |
| 最高学历 | |  | 毕业院校及专业 | |  | | |
| 个人简历 |  | | | | | | |
| 应聘人员诚信声明 | 本人承诺：  1.本表中所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障基金社会监督员职责相适应的健康状况等相关条件；  2.本人无违法犯罪、不良信用记录及党纪政纪处罚记录，接受医疗保障行政部门的指导，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 | | | | | | |