附件

龙里县医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 码 |  |
| 通 讯地 址 |  |
| 联 系电 话 |  | 学历 |  |
| 所在单位及职务 |  |
| 个人简历 |  |
| 声明：本人保证上述所填写信息真实有效。声明人签名： |
| 医保局审核意见 |  |