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 |  | | | | | |