附件1

博湖县医疗保障局医保基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 在职/退休 |  | 学 历 |  |
| 身份证号 |  | | | |
| 工作单位  及职务 |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | |
| 毕业院校  及专业 |  | | | |
| 个人简历 |  | | | |
| 备注 | 推荐人：  单 位：（公章）  （注：由单位推荐的社会监督员，请推荐人在此签字并盖推荐单位公章） | | | |