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） |