附件：

嘉兴市医疗保障社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |  |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 健康状况 |  |
| 工作单位及职务 |  | 社会职务 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 家庭住址 |  | 联 系电 话 |  |
| 身份证号 |  | 专业特长 |  |
| 工作简历 |  |
| 本人承诺:1. 本表上所填写内容真实、有效，本人具备与承担医疗保障基金社会监督主要工作职责相适应的时间、精力、健康状况等条件；
2. 本人无犯罪记录及严重失信行为，自愿接受医疗保障部门的指导，依法依规开展医疗保障社会监督工作。

 签名： 年 月 日  | 所在单位或推荐单位意见: (盖章) 年  月  日 |