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 | | | |