附件

佳木斯市医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片  （1寸证件照） |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | 是否在职 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 身份证号 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | |
| 工作单位  及职务 |  | | | |
| 学历 |  | 毕业院校  及专业 |  | |
| 报名人员  诚信声明 | 本人承诺：  1.本表上所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障社会监督员职责相适应的健康状况等条件；  2.本人无犯罪记录及严重失信行为，接受医疗保障行政部门的指导，秉持公心，依法开展医疗保障社会监督工作。  本人签字：  年 月 日 | | | |

推荐单位盖章：