附件

永吉县医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 照片 |
| 出生日期 |   | 民族 |   |
| 身份证号 |   |
| 政治面貌 |   | 健康状况 |   |
| 联系电话 |   | 是否在职 |   |
| 电子邮箱 |   |
| 工作单位及职务 |   |
| 家庭住址 |   |
| 学历 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 主要工作经历 |   |
| 主要工作业绩 |   |
| 拟聘人员经历业绩诚信声明 | 本人承诺：1、本表上所填写内容真实、有效，本人具备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，秉持公心，依法依规开展医疗保障基金社会监督工作。 签字：                  年   月   日 |