附件

重庆市大渡口区医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 政治面貌 |  | 民 族 |  |
| 身份证号 |  | 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 |  |
| 自荐理由或单位推荐说明 |  |
| 应聘人员诚信声明 | 1.以上填写内容真实有效，本人具备履行医疗保障基金社会监督职责的身体条件和综合素质能力；2.本人信用良好，无犯罪记录及严重失信行为。愿意接受区医疗保障行政部门指导，秉持公心 ，依法开展医疗保障基金社会监督工作；本人签字： 年 月 日 |
| 推荐单位意见 |   |
| 备注 |  |