附件：

太仆寺旗医疗保障局

医疗保障基金社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 民族 |  | 照  片 |
| 身份证号 码 |  | | | | | |
| 单 位  名 称 |  | | | | | |
| 联 系  电 话 |  | | | | | 学 历 |  |
| 人 员  类 别 | □人大代表 □政协委员 □离退休老干部  □社区工作人员 □媒体人员 □法律、财务行业  □两定机构人员 □参保群众 | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | |
| 声明：本人保证上述所填写信息真实有效。  声明人签名： | | | | | | | |
| 医保局审核意见 | |  | | | | | |