|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 涟水县医疗保障基金社会监督员申请表 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | （近期2寸证件照） |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 身份证号码 |  | | | | |
|
| 手机号码 |  | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | |
| 参保地 |  | | 在职/退休 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 个人简历 及特长 |  | | | | | |
| 注：“工作单位”栏退休人员填原工作单位。 | | | | | | |