|  |
| --- |
| 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。 |