附件

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 樟树市医疗保障基金社会监督员信息登记表 | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生  年月 |  | 照片 |
| 政治  面貌 |  | 身份证  号码 |  | 联系  电话 |  |
| 工作  单位 |  | | | 职务 (职称) |  |
| 担任社会职务情况 | |  | | | | |
| 有何专长 | |  | | | | |
| 最高学历/学位 |  | | 毕业院校及专业 |  | | |
| 简 历 |  | | | | | |
| 承诺  事项 | 1.本表上所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障社会监督员职责相适应的健康状况等条件；  2.本人无犯罪记录及失信行为，接受医疗保障局的指导，秉持公心，依法开展医疗保障社会监督工作。 | | | | | |
| 个人  签名或  单位  盖章 |  | | | | | |