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 |  |