附件

天柱县医疗保障行业社会监督员申请表

申请方式：（ ）单位推荐     （）个人自荐

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 学历 |  |
| 身份证号码 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机号码 |  |
| 户籍地址 |  |
| 参保地 |  | 在职/退休 |  |
| 工作单位及职务 |   |
| 个人简历及特长 |  |
| 申请人诚信承诺 | 本人郑重承诺：1.所填报的内容以及提交的资料属实，自愿承担因提供虚假信息或材料引发的一切后果。2.接受医疗保障行政部门的指导，自愿义务按照《黔东南州医疗保障行业社会监督员管理办法（试行）》开展医疗保障行业社会监督工作。本人签字：年 月 日 |
| 推荐单位公章 | 经本单位确认，本表填报内容以及申请人身份、资质信息真实有效，特此推荐。年    月    日 |