附件：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 印江自治县医疗保障基金社会监督员报名表 | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 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 |  | | | | | |
|
|
|
|
|
| 自荐 说明或 单位 推荐 说明 |  | | | | | |
|
|
|
|
| 个人 签名或 单位 盖章 |  | | | | | |
|
|
|
|