附件：

**医保社会监督员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期 2 寸 免冠照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号码 |  | 婚姻状况 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位及职务 （离退休填原单位） |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 事 由 | 初聘 续聘 |
| 有无违法犯罪、不良信用记录及党纪政纪处分记录； |  |
| 信息确认 | 以上信息为本人如实提交并核对无误。签名：年 月 日 |