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 | | | | |