附件

宿州市医疗保障社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 照片 |
| 政治面貌 | |  | | 民 族 | |  |
| 联系电话 | |  | | 健康状况 | |  |
| 身份证号码 | |  | | 在职/退休 | |  |  |
| 电子邮箱 | |  | | 是否为党代表□、政协委员□、人大代表□、否□ | | | |
| 工作单位及职务 | |  | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | |
| 第一学历 | |  | 毕业院校及专业 | |  | | |
| 最高学历 | |  | 毕业院校及专业 | |  | | |
| 个人简历 |  | | | | | | |
| 应聘人员诚信声明 | 本人承诺：  1.本表中所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障基金社会监督员职责相适应的健康状况等相关条件；  2.本人未受到刑事处罚、行政处分、党纪处分及治安行政处罚，无严重失信行为，接受医疗保障行政部门的指导，秉持公心，依法开展医疗保障社会监督工作。  3、个人自荐的需加盖所在单位或居住地基层组织的公章，组织推荐的需加盖推荐单位公章。  4、“本人承诺”栏需申请人亲笔签字确认，不得打印。  本人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 所在单（居住地的层织）或推荐单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 选任机关  意 见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 填表说明 | 1、该表所列项目均为必填项；  2、个人自荐的需加盖所在单位或居住地基层组织的公章；  3、组织推荐的需加盖推荐单位公章；  4、“本人承诺”栏需申请人亲笔签字确认，不得打印；  5、请随表附送2张近期1寸蓝底免冠照。 | | | | | | |