附件1：

唐山市医疗保障制度改革社会监督员(义务)报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  | 健康状况 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
|  |
| 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 身份证号码 |  | 固定电话 |  | 手机号码 |  |
| 工作单位职务 |  | 职称 |  |
| 担任社会职务 |  |
| 是否从事过与医保相关工作 |  | 是否担任过其他行业社会监督员 |  |
| 简历历 |  |
| 奖励情况 |  |
| 本人承诺 | 本人承诺以上信息属实，并可按要求提供有关证明材料。签 名： 年 月 日 |

注：简历从大学填起。