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。