附件：

长顺县医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 相片 |
| 出生日期 |  | 民  族 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | 是否在职 |  |
| 是否有处分记录 |  | 电子邮箱 |  | |
| 身份证号码 |  | | | |
| 工作单位及职务 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | |
| 学  历 |  | 毕业院校 |  | |
| 应聘人员诚信声明 | 本人承诺：  本表上所填写内容真实、有效，本人自愿配合医疗保障行政部门，秉持公正，依法开展医疗保障基金社会监督工作。  承诺人：  年    月     日 | | | |