附件

重庆市医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 照片  （一寸蓝底免冠证件照） |
| 政治面貌 |  | | 民 族 | |  |
| 身份证号 |  | | 健康状况 | |  |
| 联系电话 |  | | 是否在职 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | |
| 工作单位  及职务 |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 学历/学位 |  | 毕业院校及专业 | |  | | |
| 聘任理由 | 此项主要填写拟聘任对象适合承担社会监督员工作的具体理由等有关情况。 | | | | | |
| 应聘人员  诚信声明 | 1.以上填写内容真实有效，本人具备履行医疗保障基金社会监督职责的身体条件和综合素质能力；  2.本人信用良好，无犯罪记录及严重失信行为。愿意接受市医疗保障行政部门指导，秉持公心，依法开展医疗保障基金社会监督工作。  本人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 推荐、特邀单位意见 | 此项为推荐聘用或特邀聘用时，单位填写（并加盖单位公章）。  公开报名及个人自荐时此项不填写。 | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |