附件2

巫山县医疗保障社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | | |
| 学历 |  | 毕业院校 |  | |
| 工作单位 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | |
| 主要工作 经历 |  | | | |
| 诚信  声明 | 本人承诺：  1.本表所填内容真实、有效，本人具备承担医疗保障社会监督员主要工作职责的条件；  2.本人无犯罪记录及严重失信行为，自愿接受医疗保障部门的指导，依法依规开展医疗保障社会监督员工作。  签字：                年     月    日 | | | |