附表

台儿庄区医疗保障局社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生  年月 |  | | （照片） |
| 政治  面貌 |  | | 学历 |  | 专业 |  | |
| 身份  证号 |  | | | | 健康状况 |  | |
| 家庭  住址 |  | | | | 社会职务 |  | |
| 工作单位  现任职务 | |  | | | 联系  电话 |  | |
| 个  人  简  介 |  | | | | | | | |
| 申请人  承诺 | 本人承诺：  1.本表上所填写内容真实、有效、本人具备承担医疗保障社会监督主要工作职责相适应的时间、精力、健康状况等条件；  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，秉持公心，依法依规开展医疗保障社会监督工作。  申请人签名：  年　　月　　日 | | | | | | | |
| 业务  处室  初审  意见 | 年　　月　　日 | | | | 行政机关复审  意见 | | 年　　月　　日 | |
| 分管  领导  审批  意见 | 年　　月　　日 | | | | | | | |