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 |