仪征市医疗保障基金社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 政治面貌 |  | 学历 |  | 专业 |  |
| 家庭住址 |  | 身体状况 |  |
| 工作单位现任职务 |  | 联系电话 |  |
| 个人简介 |  |
| 申请人承诺 | 本人身心健康，现申请担任扬州市医疗保障基金社会监督员，服从行政部门管理，积极履行职责。 申请人签名： 年 　　月　 　日  |
| 审批意见 |   年　　 月　 　日 |