附件

云龙县医疗保障基金社会监督员申请（推荐）表

填报单位： 填表时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照  片 |
| 民族 |  | 最高学历 |  | 职称 |  |
| 现任职务 |  | 联系电话 |  | | |
| 现从事专业 |  | 工作单位 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 本人意见 | 我自愿担任云龙县医疗保障基金社会监督员，并按有关规定对医疗保障基金进行社会监督。  签名： 年   月 日 | | | | | |
| 主要工作经历及特长介绍 |  | | | | | |
| 单位（村、社区）意见 | （签章）  年  月 日 | | | | | |
| 乡镇（部门）推荐意见 | （签章）  年  月 日 | | | | | |
| 医疗保障局审核意见 | （签章）  年   月  日 | | | | | |

注：此表一式两份，一份报云龙县医疗保障局基金监督股，一份推荐单位或个人留存。联系电话：5520228。