附件：

呼和浩特市医疗保障局

医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 民族 | |  | 照  片 |
| 身份证号 码 |  | | | | | | |
| 单 位  名 称 |  | | | | | | |
| 联 系  电 话 |  | | | | | 邮 政  编 码 | |  |
| 从 事  专 业 |  | | | | | 学历 | |  |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 声明：本人保证上述所填写信息真实有效。  声明人签名： | | | | | | | | |
| 医保局审核意见 | |  | | | | | | |