岳池医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 照片 | |
| 政治面貌 | |  | | | 民 族 | |  | |
| 联系电话 | |  | | | 健康状况 | |  | |
| 身份证号码 | |  | | | 是否在职 | |  | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | | | | |
| 工作单位及职务职称 | |  | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 学 历 | |  | 毕业院校及专业 | | |  | | | | |
| 党 代 表 | |  | 人大代表 |  | | | | 政协委员 | |  |
| 新闻媒体从业人员 | |  | 专家学者 |  | | | | 其 他 | |  |
| 个 人 简 历 |  | | | | | | | | | |
| 应聘人员诚信声明 | 本人承诺：  1.本表上所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障基金社会监督员职责相适应的健康状况等条件；  2.本人未受到刑事处罚、行政处分、党纪处分及治安行政处罚，无严重失信行为，接受医疗保障行政部门的指导，秉持公心，依法开展医疗保障基金社会监督工作。  本人签字 2021 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1、请在党代表、人大代表、政协委员、新闻媒体从业人员、专家学者、其他对应的表格后面打“√”，可以多选； 2、请随表报送2张近期1寸蓝底免冠照。