**附件：**

大通区医疗保障社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | |
| 出生日期 |  | 民族 |  | |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  | |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | |
| 工作单位 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | |
| 毕业院校及学历 |  | | 所学专业 |  |
| 应聘人员诚信 承诺 | 本人承诺：  1、表中所填内容真实、有效，本人具有完成工作的时间、精力、健康状况等条件。  2、本人诚实守信，自愿接受医疗保障行政部门指导，依法依规、实事求是、公平正义的开展监督工作。  （报送此表即表明作出以上承诺） | | | |
| 备注 | 党代表、人大代表、政协委员、先进模范人物在此标明。 | | | |