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 | | | | | | |