

附件 1

福建省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				
家庭住址				
学 历		毕业院校及专业		
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专业技能和健康状况等条件; 2. 本人无犯罪记录及不良信用记录, 接受医疗保障部门的指导, 秉持公心, 依法开展医疗保障基金社会监督工作。 本人签字: 年 月 日
特邀单位意见	此项为特邀聘任时由推荐单位填写 (并加盖单位公章)。 公开选聘时不填写。

注: 请随表报送 2 张近期 1 寸蓝底免冠照。