附件

泸水市市本级医疗保障基金社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 相  片 |
| 出生日期 |  | 民 族 | |  | |
| 政治面貌 |  | 健康状况 | |  | |
| 学 历 |  | 毕业院校及专业 | |  | |
| 是否在职 |  | 工作单位及职务 | |  | | |
| 联系电话 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 个人主要简历和特长 |  | | | | | |
| 是否有  处分记录 |  | | | | | |
| 申请人  诚信承诺 | 本人承诺：   1. 本表所填写内容真实、准确，本人具备履行医疗保障社会监督员职责相适应的健康状况等条件； 2. 本人未受到过刑事处罚、行政处分、党纪处分及治安行政处罚，无严重失信行为，自愿配合市医保局，秉持公心，依法依规开展医疗保障基金社会监督工作。   承诺人： 年 月 日 | | | | | |