成都市医疗保障基金社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **联系方式** |  |
| **是否 党员** |  | **参加工**  **作时间** |  | **健康**  **情况** |  |
| **学历**  **学位** | **全日制**  **教 育** |  | | **毕业院校系及专业** |  |
| **在 职**  **教 育** |  | | **毕业院校系及专业** |  |
| **单位及**  **职 务** |  | | | | |
| **简**  **历** |  | | | | |