达州市医疗保障局公开选聘医保基金社会监督员

报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 有何专长 |  | | 担任社会职务情况 |  | | |
| 工作单位 |  | | 职务职称 |  | | |
| 工作  经历 |  | | | | | |
| 自荐说明或单位推荐说明 |  | | | | | |
| 个人签名或单位盖章 |  | | | | | |