井研县医疗保障基金社会监督员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 照片 |
| 出生年月 | |  | | 籍贯 |  |
| 民族 | |  | | 电话 |  |
| 是否人大代表 | |  | | 是否政协委员 |  |  |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 工作单位及职务职称 | |  | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | |
| 学历 | |  | 毕业院校及专业 | |  | |
| 主要工作简历 |  | | | | | |