宣州区医疗保障社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校及专业 |  | 特长 |  | 在职(退休) |  |
| 电话 |  | | 身份证号 |  | |
| 住址 |  | | | 单位（原单位）及职务 |  | |
| 个 人 简 历 |  | | | | | |
| 是否为人大代表、政协委员、先进模范人物、新闻媒体工作者、社区工作者、医疗及相关专业工作者 | |  | | | | |