附件1

包头市医保基金社会监督员

（医保体验官）申请表

**填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 彩色证件照片 |
| **年 龄** |  | **联系方式** |  |
| **专业职称** |  | **参加工作时间** |  |
| **工作单位** |  | | |
| **职务/职级** |  | | |
| **受教育情况** | **学历** | **毕业院校** | **所学专业** | **毕业时间** |
| **本科（专科）** |  |  |  |
| **硕士研究生** |  |  |  |
| **博士研究生** |  |  |  |
| **主要**  **工作经历** |  | | | |
| **主要论著、学术成果及获奖情况** |  | | | |
| **本人承诺** | 本人愿意担任包头市医保基金社会监督员（医保体验官），遵守管理办法的相关规定。本人承诺提交的资料真实、有效、无不良行为记录，本人身体健康，能胜任社会监督员（医保体验官）工作。  **签字： 年 月 日** | | | |
| **单位意见** | 同意 担任包头市医保基金社会监督员（医保体验官），并已审核确认其提交资料真实、有效、可靠。  **单位盖章 年 月 日** | | | |