**附件**

**肇庆市端州区医疗保障社会义务监督员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学历/学位 |  |
| 行政职务 |  | 聘任职称 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 工作单位 |  | | | |
| 联系电话 |  | 传 真 |  | |
| 手 机 |  | 电子邮箱 |  | |
| 通信地址 |  | | 邮编 |  |
| 简要  工作  经历 |  | | | |
| 声明：本人保证上述所填写信息真实有效。  声明人签名： | | | | |