附件

河北省医疗保障基金社会监督员信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | 照片 |
| 政治  面貌 |  | | 身份证  号码 |  | 联系电话 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 职务  （职称） | |  |
| 担任社会职务情况 | | |  | | | | | |
| 有何专长 | | |  | | | | | |
| 最高学历／  学位 | |  | | 毕业院校  及专业 | |  | | |
| 简  历 | |  | | | | | | |
| 自荐  说明或  单位  推荐  说明 | |  | | | | | | |
| 个人  签名或  单位  盖章 | |  | | | | | | |