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 |  |