附件1

内蒙古自治区医疗保障基金

社会义务监督员报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片  （二寸） |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 在职/退休 |  | 学 历 |  |
| 身份证号 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | |
| 毕业院校  及专业 |  | | | |
| 个人简历 |  | | | |
| 推荐单位  或居委会 | 推荐人：  单 位：（公章） | | | |

报名地区：