附件：

临沧市医疗保障基金社会监督员个人报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 毕业院校 |  | | 专 业 |  | |
| 工作单位 |  | | 职务职称 |  | |
| 个人简历 |  | | | | |