附件：

滨州市医疗保障局社会监督员登记备案表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 身份证号 |  |
| 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 联系电话 |  | 是否在职 |  |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 家庭住址 |  |
| 微信号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 |  |
| 聘任人员诚信声明 | 备案人承诺：1.本表上所填写的内容真实、有效，本人具备与履行医疗保障基金社会监督员职责相适应的健康状况等条件。2.本人无犯罪记录及严重失信行为，接受医疗保障行政部门的指导，秉持公心，依法开展医疗保障基金社会监督工作。备案人签字：   年 月 日 |