附件2：

济南市医疗保障社会监督员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 |  | 照片  （2寸） |
| 民族 |  | 政治  面貌 |  | | 健康  状况 |  |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 学历 |  | | | 联系方式 | |  |
| 工作单位 |  | | | 职务 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 工作履历 | （可附页） | | | | | | |
| 曾获荣誉 | （可附页） | | | | | | |