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） |