

附件3

盈江县医疗保障基金社会监督员申请(推荐)表

姓 名		性 别		民 族		出生年月	
政治面貌		职称(职 务)		学 历		现从事 专业	
工作单位					联系 电话		
有何特长							
主要工作 简历							
本人签名:				所在单位或推荐单位意见:			
年 月 日				(盖章) 年 月 日			