附件1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 联系电话 |  |
| 在职/退休 |  | 学 历 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 家庭地址 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 个人简历 |  |
| 单位推荐意见 |   单 位：（公章）（注：由推荐单位加盖公章） |

自治区医疗保障局医保基金社会监督员推荐表