|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | （照片） |
| 民族 |  | | 在职(退休) |  |  |  |
| 学历 |  | | 身体状况 |  | 政治面貌 |  |
| 电话 |  | | | 微信号 |  | |
| 住址 |  | | | | 身份证号码 |  | |
| 工作单位（原工作单位）及职务 | | | |  | | | |
| 个 人 简 历 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 个人申请意见 | |  | | | | | |
| 推荐单位（组织）审批意见 | |  | | | | | |
| 医疗保障局  审批意见 | |  | | | | | |
| 备注：1.交个人蓝底标准电子寸照。2.“工作单位（原工作单位）及职务”和“推荐单位（组织）审批意见”栏，未经单位推荐或没有单位的可以不填。 | | | | | | | |