|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |