附件1

汕头市第四人民医院社会监督员人员信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 出生年月 |   | 照 片 |
| 民 族 |   | 籍 贯 |   | 健康状况 |   |
| 政 治面 貌 |  | 参加工作时间 |   |
| 工作单位 |   | 职务（职称） |   |
| 担任人大代表、政协委员等情况 |  | 联系电话 |  |
| 学 历学 位 | 全日制教 育 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 在 职教 育 |   | 毕业院校及专业 |   |
| 简 历 |  |
| 个人意见 | 申请担任贵单位社会监督员。签字：年 月 日 |
| 本单位意见 |   同意。   （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |

注：附身份证复印件一份。