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。