

附件 1

长宁区医疗保障局基金监管协助执法专家 申报表

姓名		性别		出生年月		照片
工作单位				职称/职务		
工作部门				邮编		
通讯地址				手机		
所属领域	<input type="checkbox"/> 管理类（医保管理、审计、会计、经济、统计、物价及商业保险等方面） <input type="checkbox"/> 医药类（临床医学、药剂、护理、医技、病案等方面） <input type="checkbox"/> 信息类（医疗保障、医疗卫生等领域信息化开发及大数据提取分析等方面）					
个人简介（管理背景、参与项目、成果，可另附纸）： 						
单位推荐意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 签章（签名） 年 月 日 </div>						
区医保局审核意见： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 签章 （签名） 年 月 日 </div>						