

四川省医疗保险异地结算中心法律顾问
报名表

姓名		性别		民族		出生年月		照 片
政治面貌		职业		职称		身体状况		
学历		学位		专业		研究专长		
资格证书				证书 编号				
毕业院校								
工作单位								
联系方式	电 话							
	通信地址							
	电子邮箱							
学习 简历								
工作 经历								

获奖情况	
主持或参与重大涉法事务情况	
所在单位审查意见	负责人签字： (单位盖章) 年 月 日