附件：

**温州医科大学附属口腔医院医疗行风监督员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | 性  别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学  历 |  |
| 民  族 |  | 政治面貌 |  |
| 单位 |  | 职务职称 |  |
| 籍  贯 |  | 身份证号码 |  |
| 固定电话 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 个人简历（工作经历、获得荣誉等） |  |
| 是否有我院就诊经历或参与过各类医疗活动： 是 否 |