附件1

枣庄市长期护理保险失能评估人员及评定专家

申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |  |
| **身份证号** |  |
| **学历** |  | **职称** |  |
| **工作单位** |  |
| **联系电话** |  |
| **申请类别** |  **□评估人员 □评定专家**  |
| **工作经历** |  |
| **医疗保险经办机构意见** |  **（盖章）** **年 月 日** |