附件

**2024年全区第二期盲人保健按摩初级培训班报名表**

盟市： 盟市联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **学员姓名** | **性别** | **民族** | **残疾人证号** | **残疾状况（先天/后天）** | **手机号码** | **生活能**  **否自理** | **陪护人员性别** | **是否有其他类型残疾（如有，注明何种类型）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**填表注意事项：**

1.报名人员务必满足培训条件，凡参加过盲人保健按摩初级培训班的视力残疾人不在报名范围内。

2.凡报名人员，须务必按时参加培训与五级盲人保健按摩师（全国范围内认可）认证。

3.请务必于8月28日17时前将此报名表电子版（可编辑）发送至电子邮箱835205329@qq.com