附件1

**盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格审核申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 民族 | | |  | | 近期  二寸  免冠  照片 | | | | |
| 出生年月 | | |  | | 户籍所在地 | |  | | 视力情况 | | |  | |
| 毕业学校 | | |  | | 毕业证书编码 | |  | | 学历 | | |  | |
| 身份证号码 | | | | |  | | | | | | | | |
| 中华人民共和国残疾人证号码 | | | | |  | | | | | | | | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | | | | | | |
| 取得《盲人医疗按摩人员考试合格证明》时间 | | | | | | | | | |  | | | |
| 专业技  术职称 | |  | | 发证机关 |  | | | 证书编码 | |  | | | | | 颁证时间 |  | | |
| 工作年限 | |  | | 出具工作证明单位 | |  | | | | | 医疗机构登记号 | | | | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | 邮编 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 内容 | 起止时间 | | | | 受教育机构或工作单位 | | | | | | | | | 证明人 | | | | |
| 受教育简历 |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 工作简历 |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 本人申明：  本人已了解盲人医疗从业资格审核相关政策并对所提供的材料的真实性负责。如有不实，愿意承担相应的责任。    申请人签章（手印）：  年 月 日 | | | | | 审核意见：  经审核，申请人符合《盲人医疗按摩管理办法》第四条第 款规定条件，提供的申报材料全面、真实，且无不予审核情形。同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。  审核人：  设区的市级残疾人联合会盖章  年 月 日 | | | | | | | | 复核意见：  经复核，申请人符合《盲人医疗按摩管理办法》规定条件，同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。  复核人：  省级残疾人联合会盖章  年 月 日 | | | | | |