附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 视力情况 | | 1．全盲□  2．低视□ | | 贴  相  片  处  （两寸彩色免冠） |
| 性 别 | 1、男 □ 2、女 □ | 出生日期 | | 年 月 日 | |
| 身份证号： | | 专业 |  | | |
| 职 称 | 1、初级□ 2、中级□  3、副高□ 4、正高□ | 学 历 | | 1、中专□ 2、大专□ 3、本科□  4、硕士□ 5、博士□ 6、其他□ | | |
| 盲人医疗按摩资格证书号 |  | 领证时间 | | 年 月 日 | | |
| 现工作单位  （必须填写） |  | | | | 邮 编 |  |
| 详细通讯地址 |  | | | | | |
| 本人电子邮箱 |  | | | | | |
| 本人联系电话 | 手机号码（必须填写）： | | | | | |
| 工作单位  审查意见 | （盖章）  2020年 月 日 | | | | | |
| 市级残疾人联合会审查意见 | （盖章）  2020年 月 日 | | | | | |

2020年盲人医疗按摩人员省级继续教育培训备案表

注明：一式两份，省、市级残联各留存一份。