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。