附件1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | | 残疾  等级 | 1.一□ 2.二□  3.三□ 4.四□ |
| 职称  （必须填写） | 1.初级□ 2.中级□  3.副高□ 4.正高□ | 学历  （必须填写） | 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） |  | | 是否缴有社保  (必须填写) |  |
| 详细通讯地址  （必须填写） |  | | | |
| 本人联系电话 | 手机号码（必须填写）： | | | |
| 工作单位审查意见（没有单位的本人签字按手印确认） | （签字或盖章）  2021年 月 日 | | | |
| 市级残疾人  就业服务中心  审查意见 | （盖章）  2021年 月 日 | | | |

2021年盲人医疗按摩人员国家级继续教育培训备案表

注明：一式两份，省、市级各留存一份