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