附1：

盲人医疗按摩人员考试报名申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 准考证号（由工作人员填写） | 省 | 年 度 | 用卷类别 | 考 场 | 序 号 |
| □ □ | □ □ □ □ | □ | □ □ | □ □ |
| 考试所在辖区：  | 考生报名地市： | 考生近期免冠小二寸照 片 |
| 姓名： | 性别：  |
| 户籍所在地： |
| 出生日期：□□□□年□□月□□日 | 民族：  |
| 学历：  | 毕业年月：□□□□年□□月 |
| 毕业学校：  |
| 毕业证书编码：□□□□□□□□□□□□□□□□□ | 毕业系、专业：  |
| 有效身份证明类别： | 有效身份证明号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 中华人民共和国残疾人证（第二代）号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□/B□ |
| 报考用卷类别： 代码：□ （现行盲文：1 双拼盲文：2 汉文大字版：3 计算机：4） |
| 出具证明医疗机构名称：法人姓名： 固定电话：登记号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | 从事医疗按摩工作年限 |  |
| 通讯地址： |
| 邮编： □□□□□□ | 联系电话： |
|  本人签字（手印）： 年 月 日 |
| 报名点经办人审查意见：经办人签名： 设区的市级残联盖章：  年 月 日 | 省级盲人医疗按摩人员考试领导小组办公室复审意见：经办人签名： 省级盲人医疗按摩人员考试领导小组办公室盖章： 年 月 日 |

注：此表由中国残联全国盲人医疗按摩人员考试委员会办公室统一制定。