附件：1

**盲人医疗按摩人员考试报名申请表（2016年版）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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（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** | | | | | |