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** |