附件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） | 考试辖区 | | 年 度 | | | 用卷类别 | | | | 考 场 | | 考生序号 |
| □ □ | | □ □ □ □ | | | □ | | | | □ □ | | □ □ |
| 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：□ （计算机化：4 ） | | | | | | | | | | | | |
| 出具证明医疗机构名称：  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：  地或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。