广东省盲人医疗按摩初、中级

专业技术资格认定申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 民族 |  | | 照片 |
| 出生  日期 |  | | 最高学历 | |  | | 毕业时间 |  | |
| 中华人民共和国残疾人证号码： | | | | | | | | | |
| 认定职称 | | | 🞎医疗按摩士 🞎医疗按摩师 | | | | | | | |
| 取得《盲人医疗按摩人员考试合格证明》时间 | | |  | | | | 《盲人医疗按摩人员考试合格证明》证书编号 | | |  |
| 本人申明：  本人已了解广东省盲人医疗按摩人员初(中)级职称认定相关政策并对所提供的材料的真实性负责。如有不实，愿意承担相应的责任。  申请人签章（手印）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 地级以上市残疾人联合会对申报材料审核意见：  申报人提供的申报材料全面、真实，同意将其申报材料提交至广东省盲人医疗按摩人员初、中级职称评审委员会。  单位（章）    年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 评委会人数 | | 表决结果 | | | | | | | | 备注 |
|  | | 同意票数 | |  | | 不同意票数 | | |  |  |
| 广东省盲人医疗按摩人员初、中级职称评审委员会职称评审委员会评议认定意见：    评委会（章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |