**盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书年审申请表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 民族 |  | 近期  二寸  免冠  照片 | |
| 出生年月 | |  | 户籍所在地 |  | | 视力等级 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 学历 |  |
| 残疾人证号码 | |  | | | | | |
| 现工作单位 | |  | | | | | |
| 取得《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》时间 | | | | |  | | |
| 上次年审时间 | | |  | | 出具执业证明单位 | | |  | |
| 医疗机构登记号 | | |  | | 联系电话 | | |  |
| 内容 | 起止时间 | | 受教育机构 | | | | | 证书编号 | |
| （两年内）  继续教育情况 |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 内容 | 起止时间 | | 工作单位 | | | | | 证明人 | |
| （两年内）  工作简历 |  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |
| 本人申明：  本人已了解盲人医疗人员从事医疗按摩资格年审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 | | | | | 审核意见：  经审核，申请人符合《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书管理办法》中规定的年审条件，提供的申报材料全面、真实，且无不予审核情形。年审通过。  审核人：  设区的市级残疾人联合会盖章  年 月 日 | | | | |