附1：

盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格审核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  情况 | | |  | |
| 毕业学校 | | |  | | 毕业证书  编码 | |  | | 学历 | | |  | |
| 身份证号码 | | | | |  | | | | | | | | |
| 中华人民共和国残疾人证号码 | | | | |  | | | | | | | | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | | | | | | |
| 取得《盲人医疗按摩人员考试合格证明》时间 | | | | | | | | | |  | | | |
| 专业技  术职称 | |  | | 发证机关 |  | | | 证书编码 | |  | | | | | 颁证时间 |  | | |
| 工作年限 | |  | | 出具工作证明  单位 | |  | | | | | 医疗机构登记号 | | | | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | 邮编 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 内容 | 起止时间 | | | | 受教育机构或工作单位 | | | | | | | | | 证明人 | | | | |
| 受  教  育  简  历 |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 工  作  简  历 |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 本人申明：  本人已了解盲人医疗从业资格审核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《盲人医疗按摩管理办法》第四条第 款规定条件，提供的申报材料全面、真实，且无不予审核情形。同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。  审核人：  市（州）级残疾人联合会盖章  年 月 日 | | | | | | | | 复核意见：  经复核，申请人符合《盲人医疗按摩管理办法》规定条件，同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。  复核人：  省级残疾人联合会盖章  年 月 日 | | | | | |

附2：

盲人从事医疗按摩工作年限证明

经确认        同志（身份证号码： ，中华人民共和国残疾人证号码： ）从　年 月至 年　月在我单位 岗位上连续从事医疗按摩　 年。

特此证明，并对本证明的真实性负责！

医疗机构执业许可证登记号：

附：医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本的复印件（加盖出具证明单位公章）

证明单位（盖章） 法人签字：

经手人签字： 单位固定电话：

医疗机构所在县（市、区）卫生行政主管部门盖章

年    月    日

附3：

盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格

审核未通过通知书

 经对 同志（身份证号码： 中华人民共和国残疾人证（二代）号码： ）提交的审核材料，按照《盲人医疗按摩管理办法》、《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书管理办法》进行审核，因

未达到盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格所需要求，不能通过审核。

专此通知！

（审核单位印章）

年    月    日