**内蒙古自治区开办盲人医疗按摩所**

**申 请 书**

开 办 人：

家 庭 住 址：

联 系 电 话：

邮 编：

申报日期 年 月 日

**填 表 说 明**

一、本申请书供开办盲人医疗按摩所使用。一律用钢笔或签字笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正、清楚。开办人不能书写的可由他人代笔，但须开办人按手印确认。

二、表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。遇选择项时在选项上打“√”。

三、提交下列证件的原件及复印件：

身份证、户口簿、残疾人证、毕业证、盲人医疗按摩专业技术职务任职资格证、从事盲人医疗按摩年限证明、盲人医疗按摩人员考试合格证明、盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证明。

四、照片一律用近期一寸正面半身免冠彩照。

五、本申请书一式四份。

表1

**内蒙古自治区开办盲人医疗按摩所申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 开办人姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 一寸彩照 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 视力残疾等级 |  | 残疾证号 |  |
| 户口所在地 |  | 家庭住址 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 毕业证书编 号 |  |
| 盲人医疗按摩专业技术职务 |  | 专业技术职务证书编号 |  | 获得时间 |  |
| 从事盲人医疗按摩年限 |  | 盲人医疗按摩人员考试合格证书编号 |  | 获得时间 |  |
| 盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书编号 |  | 获得时间 |  | 联系电话 |  |
| 拟开办盲人医疗按摩所名称 |  |
| 执业地点 |  | 场地性质 | 租赁 自有 |
| 聘用盲人医疗按摩人员总数 |  | 按摩床 |  ﹙张﹚  | 建筑面积 |  （㎡） |
| 消毒设备 | 有 无 | 规章制度 | 有 无 | 操作规程 | 有 无 |
| 本人已阅读《内蒙古自治区关于贯彻〈盲人医疗按摩管理办法〉促进盲人医疗按摩人员就业有关问题的通知》，符合开办盲人医疗按摩所条件，并保证上述内容真实、可靠，对因弄虚作假所引发的一切后果责任自负，现申请开办盲人医疗按摩所，请予以批准。 开办人签名或签章: 年 月 日 |
| 旗县残联意见 | 负责人： 年 月 日 | 盟市盲人按摩服务中心意 见 | 负责人：  年 月 日 |

 表2

**内蒙古自治区盲人医疗按摩从业人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 一寸彩照 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 视 力残疾等级 |  | 残疾证号 |  |
| 户 口所在地 |  | 家庭住址 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  |
| 所学专业 |  | 毕业时间 |  | 毕业证书编号 |  |
| 盲人医疗按摩专业技术职务 |  | 专业技术职务证书编号 |  | 获得时间 |  |
| 从事盲人医疗按摩年限 |  | 盲人医疗按摩人员考试合格证书编号 |  | 获得时间 |  |
| 盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书编号 |  | 获得时间 |  | 联系电话 |  |
| （身份证复印件粘贴处） |
| （残疾证复印件粘贴处） |
| （毕业证书复印件粘贴处） |

续表

|  |
| --- |
| （盲人医疗按摩专业技术职务资格证复印件粘贴处） |
| （从事盲人医疗按摩年限证明粘贴处） |
| （盲人医疗按摩人员考试合格证书复印件粘贴处） |
| （盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书复印件粘贴处） |

表3

**内蒙古自治区盲人医疗按摩所执业地点产权证或租赁协议书**

|  |
| --- |
| （复印件粘贴处） |

表4

**内蒙古自治区盲人医疗按摩从业人员汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编 号 | 姓 名 | 性别 | 民族 | 身 份 证 号 | 残 疾 证 号 | 学 历 | 毕业学校、专业 | 医疗按摩专业技术职 务 | 从事盲人医疗按摩年 限 | 盲人医疗按摩考试合格证书编号 | 盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书编号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |