盲人医疗按摩人员执业备案申请审核表

姓 名：

盲人医疗按摩人员从事

医疗按摩资格证书编号：

**填表时间： 年 月 日**

**填 表 说 明**

1.本表供取得《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》后的盲人医疗按摩人员申请执业备案使用。

2.一律用钢笔或签字笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.封面、表1-2由申请人或委托他人填写，表3-4由有关部门填写。

4.表内的年、月、日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.学历应填写与申请类别相应的最高学历。

6.“相片”一律用近期小二寸免冠正面半身照。

7.如填写内容较多，可另加附页。

8.“最近一次年审通过时间”取得“资格证书”未满2年者，填“无”。

9.本表一式3份，执业机构、执业机构所在卫生计生行政主管部门或中医药管理部门、同级残疾人联合会各1份。

表1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  | |
| 毕业学校 |  | | | |
| 学 历 |  | 所学系、专业 |  | |
| 残疾等级 |  | 残疾人证号码 |  | | |
| 家庭地址及  邮政编码 |  | | | | |
| 专业技术职务  任职资格 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 申请执业机构  名称及登记号 |  | | | | |
| 申请执业  机构地址 |  | | 邮政  编码 |  | |
| 获得盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书时间 |  | | | | |
| 最近一次  年审通过时间 |  | | | | |
| 何时何地因何  种原因受过何  种奖励、何种  处罚或处分 |  | | | | |

表2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 个 人 工 作 经 历 | | | |
| 时 间 | 单 位 | 技术职务 | 证 明 人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 身体和健康  状 况 |  | | |
| 其他要说明的问题 |  | | |
| 申请人签字： 年 月 日 | | | |

表3

|  |  |
| --- | --- |
| 执业机构  意 见 | 拟聘用科目：  负责人： 印 章  年 月 日 |
| 卫生计生行政主管部门或  中医药管理  部门审批  意 见 | 执业机构及登记号：  机构地址及邮编：  聘用的科目：  印 章  负责人： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

表4

医疗机构盲人医疗按摩人员聘用证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期  二寸  免冠  正面半身  彩色照片 |
| 毕业学校 | |  | | | | | 毕业年月 |  |
| 医学学历 | |  | | 所学系、专业 | | |  | |
| 住所地址 | |  | | | | | 邮政编码 |  |
| 残疾人证号码 | |  | | | | | 残疾等级 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | 移动电话 |  | |
| 盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书编号 | | | | | | |  | | |
| 专业技术职务 | | |  | | | | | | |
| 拟聘用单位名称 | | |  | | | | | | |
| 拟聘用单位地址 | | |  | | | | | | |
| 任职  经历 |  | | | | | | | | |
| 聘用单位意见 | 负责人签名： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |