内蒙古自治区盲人保健按摩人员

从业资格证书申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 年龄 | |  | 性别 | |  | | 民族 | |  | | 二  寸  彩  照 |
| 家庭地址 | | |  | | | | 邮政编码 | | | | |  | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | 残疾人证号码 | | | | |  | | |
| 文化程度 | | |  | | 职业资格证号码 | | |  | | | | | | |  |
| 从业机构 | | |  | | | | 本人电话 | | |  | | | | 健康证  号码 |  |
| 本人  工作  简历 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 发证单 位  意 见 | 负责人：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 填表说明 | | 本表一式二联，本人、发证单位各留存一份 | | | | | | | | | | | | | |

内蒙古自治区盲人按摩服务中心印制