内蒙古自治区盲人保健按摩人员

从业资格证书备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 发证机构名称 |  | | | | 从业证编号 | | | | 内盲按[ ]第 号 | |
| 姓名 |  | 曾用名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | | 二  寸  彩  照 |
| 文化程度 |  | 出生年月 |  | 身份证号码 | |  | | | |
| 家庭地址 |  | | | 邮政编码 | |  | | | |
| 残疾人证号码 |  | | | 暂住证号码 | |  | | | |
| 职业资格证号码 |  | | | 健康证号码 | |  | | | |
| 本人电话 |  | | | 户口所在地 | |  | | | |
| 本人  工作  简历 |  | | | | | | | | | |
| 有无从业机构和从业机构名称 | （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 发证  单位  意见 | （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |
| 填表说明 | 本表一式四联，本人、从业机构、发证单位、自治区盲人按摩服务中心各留存一份 | | | | | | | | | |

内蒙古自治区盲人按摩服务中心印制