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