附件2

2021年自治区盲人按摩就业培训项目报名登记表

残联盖章： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 年龄 | |  | | | | 照  片 | |
| 籍 贯 | 市 县（区、市） | | | | 文化  程度 | |  | | | |
| 残疾人证号 |  | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 联系  地址 |  | | | | | |
| 联系电话 | 个人手机 |  | | | | | 监护人  手机 | | |  | | |
| 视力状况 | 全盲□　 低视力□  残疾等级（一级□　二级□　三级□　四级□） | | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | （填写一般疾病及详细填写重大疾病情况） | | | | | | | | | | | |
| 个人能力 | 普通话能力（流利□ 一般□ 较差□ 不会□）  生活自理能力（好□ 良好□ 一般□ 较差□） | | | | | | | | | | | |
| 低保户 | 是□ 否□ | | | | 家庭困难户 | | | 是□ 否□ | | | | |
| 就业情况 | （已就业的填写） | | | | | | | | | | | |
| 获证情况 | 证书名称 | |  | | | | | | 证书  编号 | | |  |
| 发证部门 | |  | | | | | | 发证时间 | | |  |
| 证书等级 | | 初级□　中级□　高级□ | | | | | | | | | |
| 报名  培训项目 |  | | 是否同意  调剂当地培训 | | | | | | | | | 是□  否□ |
| 培训后就业意愿 | （包括从业行业、工作地点、待遇等） | | | | | | | | | | | |