烟台市残疾人就业服务中心

烟残就业函〔2019〕5号

关于做好申领2019年山东省盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书工作的通知

各区市残疾人就业服务所：

根据《关于印发<盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书管理办法>的通知》（残联发〔2011〕8号）要求，市残疾人就业服务中心将在5月份进行盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书（以下简称“资格证”）的申领工作，现就有关事项通知如下：

一、资格证申领时间及方式

（一）申领时间

2019年5月6日至5月31日

（二）申领方式

盲人医疗按摩人员持相关材料到户籍所在地或执业所在地的残联填写《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格申请表》。

二、资格证申领条件

申领人员应为符合下列条件之一：

（一）2009年9月1日前，取得盲人医疗按摩专业技术职务任职资格的；

（二）2009 年 9 月 1 日前，取得盲人医疗按摩中等专业及以上学历，并且在医疗机构中连续从事盲人医疗按摩活动 2 年以上的；

（三）2009 年 9 月 1 日前，在医疗机构中连续从事盲人医疗按摩活动满 15 年的；

（四）2009 年 9 月 1 日前，在医疗机构中连续从事盲人医疗按摩活动 2 年以上不满 15 年，并且通过国家盲人医疗按摩人员考试的；

（五）取得盲人医疗按摩中等专业及以上学历，并且通过国家盲人医疗按摩人员考试的。

三、申领人员应提交的材料

（一）盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格申请表；

（二）本人中华人民共和国居民身份证复印件；

（三）本人第二代《中华人民共和国残疾人证》复印件；

（四）盲人医疗按摩人员专业技术职务资格证书复印件；

（五）盲人医疗按摩相关专业最高学历证书原件及复印件；

（六）医疗机构开具的连续从事盲人医疗按摩活动年限证明；

（七）国家盲人医疗按摩人员考试合格证书复印件；

（八）本人近期小二寸蓝底免冠照片 4 张（3.3cm*4.8cm）。

四、相关要求

各区市务必在2019年5月31日前完成申领材料上报工作。

五、联系方式

联 系 人：阮晓霞　　联系电话：6285765

地址：烟台市芝罘区通世路 1 号（市残疾人就业服务中心）

电子邮箱：rxx1974@126.com

附件：

1、盲人从事医疗按摩工作年限证明

2、盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格申请表

3、2018年参加全国盲人医疗考试合格人员名单

烟台市残疾人就业服务中心

2019年5月7日

附件 1

盲人从事医疗按摩工作年限证明

经确认_____同志（身份证号码：_____，中华人民共和国残疾人证号码：_____）从___年____月至____年____月在我单位_____岗位上连续从事医疗按摩____年。

特此证明，并对本证明的真实性负责！

医疗机构执业许可证登记号：_____

附：医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本的复印件（加盖出具证明单位公章）

证明单位（盖章）　　法人签字：

经手人签字：　　单位固定电话：

年　月　日

附件 2

盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格审核申请表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>民族</td><td></td><td rowspan="8">近期
二寸
免冠
照片</td></tr>
<tr><td>出生年月</td><td></td><td>户籍所在地</td><td></td><td>视力情况</td><td></td></tr>
<tr><td>毕业学校</td><td></td><td>毕业证书编码</td><td></td><td>学历</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">身份证号码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">中华人民共和国残疾人证号码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>现工作单位</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">取得《盲人医疗按摩人员考试合格证明》时间</td><td></td></tr>
<tr><td>专业技术职称</td><td></td><td>发证机关</td><td></td><td>证书编码</td><td></td><td>颁证时间</td><td></td></tr>
<tr><td>工作年限</td><td></td><td>出具工作证明单位</td><td colspan="2"></td><td>医疗机构登记号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="3"></td><td>邮编</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>内容</td><td>起止时间</td><td colspan="3">受教育机构或工作单位</td><td colspan="2">证明人</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受教育简历</td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">工作简历</td><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

本人申明：	审核意见：	复核意见：
本人已了解盲人医疗从业资格审核相关政策并对所提供的材料的真实性负责。如有不实，愿意承担相应的责任。 申请人签章（手印）： 年　月　日	经审核，申请人符合《盲人医疗按摩管理办法》第四条第____款规定条件，提供的申报材料全面、真实，且无不予审核情形。同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。 审核人： 设区的市级残疾人联合会盖章 年　月　日	经复核，申请人符合《盲人医疗按摩管理办法》规定条件，同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。 复核人： 省级残疾人联合会盖章 年　月　日

附件 3

2018 年参加全国盲人医疗按摩考试合格人员名单

姓名	性别	县市区	联系方式
张兆兴	男	莱州	15866451039
黄俊杰	男	莱阳	13021629988
王琰琛	男	栖霞	18766457306
刘韶辉	男	招远	13276383212