附件2

2020年自治区盲人按摩就业培训项目报名登记表

登记机构： 登记时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓　 名** |  | | 性别 |  | | 年 龄 | | |  | | | 照  片 |
| **籍　 贯** | 市 县（区、市） | | | | | 文化程度 | | |  | | |
| **联系住址** |  | | | | | | | | | | |
| **工作地址** |  | | | | | | | | | | |
| **登记次数** | 首次报名（是□ 否□) 非首次报名（于 年 月 日报名登记） | | | | | | | | | | | |
| **残疾人证号** |  | | | | | | | | | | | |
| **联系电话** | 个人手机 | |  | | | | | | 家人手机 | | |  |
| **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□） | | | | | | | | | | | |
| **建档立卡贫困户** | 是□ 否□ | **低保户** | | | 是□ 否□ | | | **家庭困难户** | | | 是□ 否□ | |
| **家庭情况** |  | | | | | | | | | | | |
| **个人培训意愿** |  | | | | | | | | | | | |
| **就业情况** | （已就业的填写） | | | | | | | | | | | |
| **已获职业**  **资格证书** | 初级□　中级□　高级□ | | | | | 职业  （工种） |  | | | 证书  编号 | |  |
| 发证时间： | | | | |
| **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） | | | | | | | | | | | |