附件1

2020年度广西助盲“听”世界--网络智能音箱捐赠项目盲人保健按摩机构申领表

填表人： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | | | | | |
| 机构营业执照  代码编号 | |  | | 机构地址 | |  | |
| 机构职工情况 | | 总数 |  | 其中视力残疾人数 |  | 占单位职工数百分比% |  |
| 机构法人情况 | 姓名 |  | | 性别 | |  | |
| 年龄 |  | | 民族 | |  | |
| 身份证号 |  | | 盲否 | | 是□ 否□ | |
| 联系电话 |  | | 残疾证号  （法人为盲人） | |  | |
| 网络智能音箱  邮寄地址 | |  | | 收件人姓名  及电话 | |  | |
| 市级残疾人就业服务机构、盲人按摩指导中心意见 | | 情况属实□  其他情况的说明□  盖章及日期： | | | | | |
| **备注** | | 附：1、盲人保健按摩机构营业执照、法人身份证、残疾证（法人为盲人的）复印件  2、职工花名册，包括姓名、性别、年龄、民族、残疾人证号、联系电话 | | | | | |