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 |