附件2

2020年度广西助盲“听”世界--网络智能音箱捐赠项目盲人按摩培训班申领表

填表人： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 机构地址 |  | | |
| 培训机构办学  许可证号 |  | | |
| 负责人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 盲人按摩  培训班名称 |  | 培训人数 |  |
| 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： | | |