附件4：

贵州省盲人按摩机构规范化建设申报表

申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | 统一社会信用代码 | | |  | | |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | | 联系电话 | | | |  |
| 法人身份证号 |  | | 法人残疾人证号（若有） | | | | |  | | |
| 注册时间 |  | | 持续营业起始时间 | | | | | |  | |
| 服务设施 | 机构面积 ㎡，按摩床       张，足疗工位      个。 | | | | | | | | | |
| 员工情况 | 员工总人数 | 人 （指机构内所有员工人数，含健全人和盲人）。 | | | | | | | | |
| 盲人按摩师人数 | 人，占员工总数比例：    %。 | | | | | | | | |
| 残疾服务员人数 | 人（指机构内盲人按摩师以外的残疾人服务人员） | | | | | | | | |
| 机构申报  意见 | 本机构已充分了解盲人按摩机构规范化建设相关政策要求，自愿申请对本机构进行评审，郑重承诺不存在不得申报的情况，并对所提供的材料的真实性负责。如有不实，愿意承担相应责任。        负责人签字（手印）： （公章）   年     月    日 | | | | | | | | | |
| 县（自治县、市、区）  残联意见 | （盖章）                 年    月    日 | | | 市（州）  残联初评意见 | | | （盖章）                年   月    日 | | | |
| 省残联评审结果 | （盖章）               年   月     日 | | | | | | | | | |

注：此表一式三份，县（市、区）残联、市（州）残联、省残联各存档一份。如有特殊情况可另附说明。