附件1：

**济南市医疗卫生机构用工需求回执表**

区县

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 医疗机构  执业许可证登记号 | 地 址 | 用工人数 | 负责人 | 电 话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

注：参加招聘的医疗卫生机构须提交营业执照副本扫描电子版。

填表人： 年 月 日

附件2：

**济南市盲人医疗按摩人员求职回执表**

区县

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾类别等级 | 现具备职称 | 家庭住址 | 联系电话 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：参加招聘的医疗按摩人员须提交《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》（2017年度参加全国盲医考考试合格的人员提供《盲人医疗按摩人员考试合格证书》）、《盲人医疗按摩专业技术职务资格证书》扫描电子版。

填表人： 年 月 日