附件1

济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员奖励、补贴

资金审批表

填报单位（公章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 机构等级 |  |
| 地 址 |  | 联系电话 |  |
| 医疗机构执业  许可证登记号 |  | 发证机关 |  |
| 发证时间 |  | 本市户籍盲人  医疗按摩人员 | （人） |
| 县区卫生与计划生育局（卫健局）意见：  （公章）  年 月 日 | | 县区残疾人联合会意见：      （公章）  年 月 日 | |
| 市卫生与计划生育委员会（卫健委）意见：    （公章）  年 月 日 | | 市残疾人联合会意见：  经审核，符合《关于促进盲人医疗按摩人员  进入医疗卫生机构就业的实施意见》，同意给予奖  励资金 元，补贴资金 元，共  计大写： 元。  （公章）  年 月 日 | |

附件２

济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员花名册

填报单位（公章）： 填表人： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 姓 名 | 性 别 | 户 籍  所在地 | 残疾人证号 | 盲人医疗按摩人员  从事医疗按摩资格  证书编号 | 入职时间 | 社保个人编号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件3

济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员奖励、补贴资金审批汇总表

填报单位（公章）： 填表人： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 医疗机构名称 | 医疗机构执业  许可证登记号 | 机构等级 | 联系电话 | 安置本市盲人  医疗按摩人员人数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |