附件2

广西残疾人职业技能培训报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 照片 |
| 籍　 贯 |  | 民族 |  | 文化程度 |  |
| 毕业院校 |  |
| 现工作单位 |  |
| 家庭住址 |  |
| 身份证号 |  | 残疾证号 |  |
| 联系方式 | 固定电话 |  | 微信号 |  |
| 手机号码 |  | QQ号 |  |
| 残疾类别 | 肢体（上肢□　下肢□　脊柱□ 其他□）　听力□　言语□　 视力（全盲□　低视力□） 智力□　 精神□　 多重( ；注明多重的类型) |
| 残疾等级 | 一级□　二级□　三级□　四级□ |
| 已获职业资格证书 | 初级□　中级□　高级□ | 职业（工种） |  | 证书编号 |  |
| 发证时间： |
| 培训项目 |  | 是否同意调配项目 |  | 其它培训需求 |  |
| 就业状况 | 已就业 | 按比例就业□　集中就业□　个体从业□　农村种养□ |
| 未就业原因 | 无职业技能□　家人不支持□　就业环境限制□　其它□ |
| 求职意愿 | 从事岗位 |  | 工作地点 |  |
| 工资待遇 |  | 其它需求 |  |
| 市级残疾人就业服务机构审核意见 | 属地单位审核：是否参加医疗保险或合作医疗□　是否有违规违法记录□是否有重大家族遗传病史□　其它需要说明事项：审核人：　　　　　　联系电话： |
| 市级残疾人就业服务机构审核意见：（盖章） |