

河南省残疾人联合会

关于开展 2023 年度《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》申请工作的通知

各省辖市、济源示范区残联：

为贯彻落实《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书管理办法》(以下简称“管理办法”)和《河南省实施〈盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书管理办法〉细则》(以下简称“实施细则”)精神，加强和规范盲人医疗按摩管理，我省定于近期开展 2023 年度《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》(以下简称“资格证书”)申请工作，现将有关事项通知如下：

一、申请时间

2023 年 8 月 14 日 - 9 月 15 日

二、申请条件

符合下列条件之一的盲人，可以向户籍或者执业所在地设区的市级残联就业服务机构申请“资格证书”。

(一) 2009 年 9 月 1 日前，取得盲人医疗按摩专业技术职务任职资格的；

(二) 2009 年 9 月 1 日前，取得盲人医疗按摩中等专业及以上学历，并且在医疗机构中连续从事盲人医疗按摩活动 2 年以

上的；

（三）2009年9月1日前，在医疗机构中连续从事盲人医疗按摩活动满15年的；

（四）2009年9月1日前，在医疗机构中连续从事盲人医疗按摩活动2年以上不满15年，并且通过国家盲人医疗按摩人员考试的；

（五）取得盲人医疗按摩中等专业及以上学历，并且通过国家盲人医疗按摩人员考试的。

三、需要提交的材料

申请从事医疗按摩资格的盲人应当提交以下材料：

（一）盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格申请表（见附件1，一式2份）；

（二）中华人民共和国居民身份证原件及2份复印件；

（三）中华人民共和国残疾人证（第二代）原件及2份复印件；

（四）盲人医疗按摩人员专业技术职务资格证书原件及2份复印件（适用于符合“管理办法”第九条第（一）项的盲人）；

（五）盲人医疗按摩相关专业最高学历证书原件及2份复印件（适用于符合“管理办法”第九条第（二）、（五）项的盲人）；

（六）医疗机构开具的连续从事盲人医疗按摩活动年限证明（见附件2）2份（适用于符合“管理办法”第九条第（二）、

(三)、(四)项的盲人)；

(七)全国盲人医疗按摩人员考试合格证书原件及2份复印件(适用于符合“管理办法”第九条第(四)、(五)项的盲人)；

(八)近期小二寸蓝底免冠照片4张(3.3 cm×4.8cm)；

(九)以申请条件的(二)、(三)项提出申请的需同时提交医疗机构执业许可证副本复印件、《劳动合同书》复印件、社保缴纳证明复印件或工资发放证明复印件等材料各2份；

(十)身份证、残疾人证、职称证、学历证、考试合格证书等原件由市级残联审核，省级不再审核。如提交的证明材料为复印件，需加盖证明单位公章。

四、其他事宜

(一)各地残联要高度重视此项工作，认真履行职责。在具体工作中，要准确贯彻落实有关文件内容，指定专人负责，确保盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格审核工作顺利开展。

(二)各地残联要严格按照“管理办法”和“实施细则”的有关要求进行初审，要做到实事求是、认真细致、严格把关，严禁弄虚作假，严禁违规办事。初审通过后，加盖市级残联公章，并于9月18日至9月28日之间将有关材料上报省残疾人就业服务中心进行复审，逾期不再受理。

(三)对于复审通过的人员名单，我们将在河南省残疾人就业信息网上进行公示，接受社会监督。

联系人：张占川、杨雪鹏

联系电话：0371 - 60856955、60856957

- 附件：1. 盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格审核申请表
2. 盲人从事医疗按摩工作年限证明



附件 1

盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格审核申请表

姓名		性别		民族		近期小二寸 蓝底免冠照片	
出生年月		户籍所在地		视力情况			
毕业学校		毕业证书编码		学历			
身份证号码							
中华人民共和国残疾人证号码							
现工作单位							
取得《盲人医疗按摩人员考试合格证明》时间							
专业技术职称		发证机关		证书编码		颁证时间	
工作年限		出具工作证明单位		医疗机构登记号			
通讯地址				邮编		联系电话	
内容	起止时间	受教育机构或工作单位				证明人	
受教育简历							
工作简历							
本人申明： 本人已了解盲人医疗从业资格审核相关政策并对所提供的材料的真实性负责。如有不实，愿意承担相应的责任。 申请人签章（手印）： 年 月 日		审核意见： 经审核，申请人符合《盲人医疗按摩管理办法》第四条第 款规定条件，提供的申报材料全面、真实，且无不予审核情形。同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。 审核人： 设区的市级残疾人联合会盖章 年 月 日			复核意见： 经复核，申请人符合《盲人医疗按摩管理办法》规定条件，同意授予其盲人医疗按摩人员从业资格。 复核人： 省级残疾人联合会盖章 年 月 日		

附件 2

盲人从事医疗按摩工作年限证明

经确认_____同志（身份证号码：_____，中华人民共和国残疾人证号码：_____）从____年____月至____年____月在我单位_____岗位上连续从事医疗按摩工作____年。

特此证明，并对本证明的真实性负责！

医疗机构执业许可证登记号：_____

附：医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本的复印件（加盖出具证明单位公章）

证明单位（盖章）

法人签字：

经手人签字：

单位固定电话：

年 月 日