

柳州市残疾人自助互助康复服务基地申报表

单位名称			
单位地址		邮政编码	
法定代表人		联系电话	
成立时间		机构登记证号码	
机构性质	☐ 定点康复机构 ☐ 评残机构 ☐ 医疗机构 ☐ 教育机构 ☐ 残疾人专门协会 ☐ 社会组织		
申请培训服务类别	☐ 中途失明者 ☐ 中途失聪者 ☐ 脊髓损伤者 ☐ 成年智力障碍者 ☐ 稳定期精神障碍者		
联系人		联系方式	电话： 邮箱：
机构申请	本机构已依据《残疾人自助互助康复培训指南(试行)》进行自查自评，符合自助互助康复服务培训条件，现已做好接受评审的准备工作，特此申请检查评审。 负责人签字： 申请机构（盖章） 年 月 日		
评审意见	评审人签字： 年 月 日		
市残联意见	（盖章） 年 月 日		