附件1：

**北京市残疾人体训职培中心培训班报名表**

申报项目 填表时间 填表人

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 | 男□ 女□ | 出生年月 | 年 月 |
| 学历 |  | 专业 |  | 人员类型 | 就业人员□ 失业人员□ 学生□ |
| 残疾人证号码 |  | 身份证号码 |   |
| 残疾类别 | 听力□ 肢体□ 视力□  |
| 使用辅具 | 无□ 助听器□ 双拐□ 轮椅□ 其他 |
| 居住地址 |  |
| 家庭电话 |  | 本人移动电话 |  |
| 家人移动电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 身体疾病状况 |  |
| 曾获得职业技能证书： | 曾获得荣誉： |
| 工作经历 |  |
| 诚信承诺 | 1. 本人所填写的以上内容均真实、准确，并对以上情况所产生的任何后果负责。2. 如果获得培训机会，本人承诺遵守培训中心相关规章制度及安排。签字： |
| 区县残联审核意见 |  盖章 审核人： |

填表说明：

1.以上内容均为必填项目，如果没有相关情况可填写，可写“无”。例如，没有家庭电话，可填写“无”。

2.“家人移动电话”是指与报名者最亲近家人的电话。听力残疾需提供健全人的移动电话，如果家人均为听力残疾，需在电话后注明为听力残疾。

3.“身体疾病状况”是指身体当前是否存在任何疾病。如果有既往病史，需如实填写疾病名称、当前是否治愈等情况。