附件1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基础信息 | 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 纳税识别号 |  |
| 联系人姓名 |  | 职务 |  |
| 邮 箱 |  | 电话 |  |
| 微 信 |  | QQ |  |
| 业务信息 | 单位性质 | □公办 □ 民办 | 专业人员数 |  人 |
| 业务范围（勾选）：□孤独症（精神） □智障 □脑瘫（肢体） □听障 □语言 □视障 □辅助器具 □其他：  |
| 17岁以内残疾儿童康复训练数： 人 /年 |
| 专业特色（100字内）： |
| 秘书处审核意见 |  |
|
|
| 备注：1.申请表在单位名称处加盖公章。2.提供单位营业执照副本复印件。 |