|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平陆县残疾人基本康复服务机构申报表 | | | | |
| 机构情况 | 机构名称 |  | | |
| 法人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 机构注册 登记证号 |  | 机构地址 |  |
| 行政管理 人员(数) |  | 服务人员 (数) |  |
| 服务内容 | |  | | |
| 机构简介 | **(不低于800字)** | | | |
| 县(市、区 )残 联 意 见 | (公章)  签字： 年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | |
| 注：1、需提供机构法人身份证复印件、营业执照复印件、管理和服务人员相关职业资格证书以及固定办公场所、设施等相关印证资料；  2、机构运营及信用相关资料。 | | | | |