2015年度威海市0-12岁残疾儿童异地康复训练安置审批表

**训练类别：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 一寸彩色照片 |
| 身份证号码 |  | 拟训练周期 |  |
| 残疾人证编号 |  |
| 户籍详细住址 |  | 监护人姓名 |  |
| 异地居住地详细住址 |  | 监护人联系电话 |  |
| 申请进入康复机构的名称 |  | 机构被批准为定点机构的文号 |  |
| 康复机构级别 |  | 机构联系人姓名 |  | 机构联系电话 |  |
| 监护人申请 | 申请人签字：年 月 日 |
| 户口所在地区（市）残联审核意见 | 审核人签字：公章年 月 日 |
| 异地定点康复机构意 见 |  审核人签字：公章 年 月 日 |

备注：1、“训练类别”选填：智力、听力、脑瘫、孤独症；2、“康复机构级别”选填“国家级、省级或者市级”；3、“拟训练周期”指儿童计划进入机构到训练周期结束的时间段，例如“2015.10-2016.7”；4、此表一式两份，分别由区（市）残联和定点康复机构各执一份，训练周期结束后一周内，定点机构需将此表复印件编入儿童康复档案中报残疾儿童户口所在区（市）残联。