

防城港市

# 残疾人联合会文件

防残发〔2020〕14号

---

## 防城港市残联关于举办2020年视力残疾人 保健按摩培训班的通知

各县（市、区）残联：

根据《自治区残联 财政厅 人力资源和社会保障厅 扶贫开发办公室关于印发〈广西壮族自治区助盲就业脱贫行动实施方案〉的通知》（桂残联字〔2018〕123号）和《广西残疾人就业促进“十三五”实施方案》（桂残联字〔2017〕45号）精神，为进一步加大对残疾人技能培训和就业扶持力度，加快推动视力残疾人实现就业脱贫，实现同步小康目标，市残联结合视力残疾人培训需求，举办一期视力残疾人保健按摩（初级）培训班。现将有关事项通知如下：

### 一、培训对象

具有防城港市户籍，持有第二代残疾人证，处于就业年龄段，有一定学习能力，生活能自理，无传染性疾病，身体状况能适应

学习和岗位工作需要，有就业意愿的视力残疾人（建档立卡视力残疾人优先）。

## 二、培训方式

采取集中授课培训方式，本期培训人数 10 人，报名人数达到规定要求即开班。

## 三、证书颁发

参加视力残疾人保健按摩培训班的，经考核合格，颁发人社部门印发的视力保健按摩（初级）专项职业能力证书。

## 四、培训费用

参训人员的培训费、学杂费、食宿费全免；培训机构给予参训人员一次性往返交通费补助；报到时由培训机构暂收 100 元住宿押金，培训结束后如无损坏公物则全额退还。

## 五、提交材料

- （一）身份证（验原件留复印件）；
- （二）第二代残疾人证（验原件留复印件）；
- （三）防城港市残疾人职业技能培训报名登记表（附件 3）；
- （四）是建档立卡视力残疾人须提供建档立卡贫困户帮扶手册的复印材料；
- （五）小 2 寸免冠彩色证件照 2 张（用于办理专项职业能力证书等证件）。

## 六、报名方式

- （一）现场报名：到各县（市、区）残联直接报名；

(二)电话报名:报名人员按要求电话告知工作人员相关情况,由工作人员登记报名。电话报名后须及时将报名材料复印件传真或快递至报名地点,并在参加培训报到时提供原件进行验证。

## 七、其他事项

(一)各县(市、区)残联要做好宣传和动员工作,积极组织视力残疾人(建档立卡视力残疾人优先)参加培训,并做好报名人员信息保密工作;

(二)报名审核结果和开班具体事宜由职业培训学校(培训机构)负责直接通知报名人员。

## 八、报名联系方式

(一)防城港市残疾人劳动就业指导服务中心,联系人:缪雨彤,联系电话:0770—2870293,通讯地址:防城港市港口区北环路庙岭街。

(二)各县(市、区)残联

1.上思县残联,联系人:黄李娜,联系电话:0770-8513789,通讯地址:上思县环城东路旧检察院办公楼1楼。

2.东兴市残联,联系人:苏永德,联系电话:0770-7684716,通讯地址:东兴市新华大道260-1号。

3.港口区残联,联系人:李青青,联系电话:0770-2861147,通讯地址:港口区龙山南路。

4.防城区残联,联系人:冯祖姣,联系电话:0770-3273313,

通讯地址：防城区珠河街道三官社区防钦路进站路一巷。

5. 防城港市港诚职业培训学校，联系人：韦老师，联系电话：15878963353，通讯地址：防城区金花茶大道琦林大酒店 10 楼。

- 附件：1. 2020 年防城港市视力残疾人保健按摩培训班任务分配表
2. 防城港市视力残疾人职业技能培训班安排表
3. 防城港市视力残疾人职业技能培训报名登记表

防城港市残疾人联合会  
2020 年 5 月 27 日



公开方式：主动公开

---

防城港市残疾人联合会办公室

2020 年 5 月 27 日印发

---

附件 1

## 2020 年防城港市视力残疾人保健按摩培训班 任务分配表

单位	培训任务数（人）	备注
上思县	4	
东兴市	2	
港口区	1	
防城区	3	
<b>合计</b>	<b>10</b>	

备注：原则上各县（市、区）残联要按培训任务数落实，超出任务数且有培训需求的，由市残疾人劳动就业指导服务中心统筹安排。

附件 2

## 防城港市视力残疾人职业技能培训班安排表

培训项目	培训内容	报名条件	培训周期	报名时限	开班人数	项目培训机构及培训地点
视力残疾人保健按摩培训班	保健按摩师职业资格培训课程（实操）。	有参加保健按摩职业技能培训和就业意愿的视力残疾人（建档立卡优先）。	15 天,晚上也适当实操。	2020 年 5 月 30 日前	够 10 人即开班	1.项目培训机构：防城港市港诚职业培训学校； 2.培训地点：防城港市防城区金花茶大道，琦林大酒店。

## 附件 3

## 防城港市视力残疾人职业技能培训报名登记表

姓 名		性别		年 龄		照 片
籍 贯		民族		文化程度		
毕业院校						
家庭住址						
身份证号				残疾证号		
联系方式	固定电话			微信号		
	手机号码			QQ 号		
残疾类别	上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 低视力 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 多重 <input type="checkbox"/>					
残疾等级	一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/>					
已获职业资格证书	初级 <input type="checkbox"/> 中级 <input type="checkbox"/> 高级 <input type="checkbox"/>		职业 (工种)	证书 编号		
	发证时间:					
报名培训项目、项号		是否同意调配培训项目	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	其它培训需求		
就业状况	已就业	按比例就业 <input type="checkbox"/> 集中就业 <input type="checkbox"/> 个体从业 <input type="checkbox"/> 农村种养 <input type="checkbox"/>				
	未就业原因	无职业技能 <input type="checkbox"/> 家人不支持 <input type="checkbox"/> 就业环境限制 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>				
求职意愿	从事岗位		工作地点			
	工资待遇		其它需求			
属地残联审核意见	属地残联审核：是否参加医疗保险 <input type="checkbox"/> 是否有违法违规记录 <input type="checkbox"/> 是否有重大家庭遗传病史 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>					
			审核人：	联系电话：		
属地意见：						残联（盖章） 审核时间：

