

附件 1

上海市人工耳蜗植入手术申请审批表

申请对象 基本情况	姓名		性别		
	身份证号				
	联系人		联系电话		
	户籍地址				
听力基本情况	裸耳听力	左耳 (dB)		右耳 (dB)	
	测听方式	☐ 纯音测听 ☐ 听觉诱发电位			
监护人	姓名		与申请对象的关系		
	联系电话		身份证号		
所属类别	☐ 沪籍儿童 ☐ 非沪籍儿童 ☐ 沪籍残疾人				
申请理由	申请人签名：_____ 年 月 日				
户籍地受理情况	区残联事务受理点_____ 经办人：_____ 受理日期：_____ 年 月 日				
户籍地区残联 审核意见	经办人：_____ 审批人：_____ 年 月 日 (单位公章)				

注：1. 本表一式两份，由区残联、申请人或申请人的监护人各留存一份；

2. 本表后附《上海市人工耳蜗植入手术术前医学评估表》、相关评估报告、户口簿等相关材料复印件。