

附件 1

上海市基因检测申请审批表

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			
申请对象 监护人	姓名		联系电话	
	与申请对象的关系		身份证号	
所属类别	☐ 申请对象（一） ☐ 听力障碍 ☐ 视力障碍 ☐ 听力障碍配偶 ☐ 视力障碍配偶） ☐ 申请对象（二） ☐ 听力障碍父母 ☐ 视力障碍父母） ☐ 申请对象（三） ☐ 听力障碍子女 ☐ 视力障碍子女） ☐ 申请对象（四） ☐ 听力障碍 ☐ 视力障碍）			
申请理由	申请人签名：_____年 月 日			
户籍地街镇 受理情况	经办人：_____受理日期：_____年 月 日			
户籍地区残联 审核意见	审批人：_____审核日期：_____年 月 日 （单位公章）			

注：本表一式两份，由区残联、申请对象或申请人的监护人各留存一份。