

附件 3

山西省残疾人康复需求和康复服务情况汇总表

() 年度

县(市、区) 乡镇(街道) 社区(村)

序号	姓名	性别	家庭住址	残疾人证号	联系电话	康复服务情况	
						得到康复服务项目	康复服务机构名称

填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日

此表一式 2 份，每年定期填写后，1 份上报至县残联，1 份由定点康复服务机构留存。