**内蒙古自治区盲人医疗按摩机构同意开办证明**

　　　旗县（市、区）卫生局：

兹证明视力残疾人 ，残疾证号： 、从医资格证书编号： 、符合《盲人医疗按摩管理办法》开办盲人医疗按摩机构各项条件，拟在 开办 ，营业面积 ㎡，床位 张。

特此证明。

经办人（签章）：

单位负责人（签章）：

年 月    日