附件2

山东省残疾大学生辅助器具适配需求汇总表

（ 年度）

高校（公章） 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 入学时间 | 残疾证号 | 户籍所在地 | 残疾类型及级别 | 联系电话 | 需求辅具品种 | 筛查日期 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 新生： 人，老生： 人。 轮椅： 件，假肢矫形器： 件，助听器： 件，助视器： 件，助行器： 件，其它： 件 |
| 联系人： 联系电话： |