



加州按摩治疗委员会  
认证申请说明  
(2024 年 1 月更新)

<p>开始申请流程前，请阅读以下所有说明内容。 您也必须了解并做好相关准备以满足 <a href="http://camtc.org">camtc.org</a> 上的现有认证要求。 请勿使用旧版申请表，最新版申请表可在 <a href="http://camtc.org">camtc.org</a> 网站上获取</p>
<p>仅在您作为 CAMTC 认证新申请人并且无法进行网上申请的情况下（即从头开始申请流程）使用此认证申请表。认证申请表不可用于二次认证。使用错误表格寄送的申请将被退回。</p>
<p>如果您拥有有效的 CAMTC 证书或已过期但状态正常的证书，您必须使用正确的二次认证申请表（可在 <a href="http://camtc.org">camtc.org</a> 获取），而且不可使用此认证申请表。</p>
<p>不完整、不合格或不准确的回答和信息可能导致申请流程处理延迟。</p>
<p><b>问题 1：您是否阅读了所有申请说明？</b> 在您阅读并理解所有申请说明后，请勾选“是”表明您已阅读并理解了全部内容。</p>
<p><b>问题 2：您是否了解按摩治疗师认证的资质和要求？</b> 如果您已（在 <a href="http://camtc.org">camtc.org</a> 上）阅读并了解所有 CAMTC 的认证要求，请勾选“是”。</p>
<p><b>问题 3：您的法定全名：（必须与身份证明文件匹配）</b> 此处填写您的法定全名。如果您的身份证明文件与您的姓名不符，您的名字与姓氏未在正确的字段中填写，或存在其他姓名差异，申请处理流程则可能有所延迟。</p>
<p><b>问题 4：家庭住址</b> 此处填写您目前居住的地址。请确保在适用情况下填入公寓或套房号码。  此地址必须是您居住的街道地址，不可为邮政信箱或其他邮件投递地址。请知悉，法律规定，如果此类信息在您的申请待批期间或您获得认证之后发生了更改，您有责任在 30 天内向 CAMTC 进行相应更新。</p>
<p><b>问题 5：您的邮寄地址是否与您居住的家庭住址（见上文）相同？</b> 如果您并非在您居住之处接收邮件，请在此处勾选“否”。这表明您不在您居住之处接收邮件。  如果您在问题 4 中所提供的地址（即您目前居住之处）接收邮件，请勾选“是”。</p>
<p><b>问题 6：邮寄地址</b> 如果您在问题 5 中的回答为“否”，则请在此处提供您的邮寄地址。否则您可在问题 6 中保留空白不作答。  请确保在适用情况下填入公寓或套房号码。如果您向 CAMTC 提供了错误的邮寄地址，您的申请处理可能延迟，您可能无法收到您的证书或 ID 卡，或者您可能必须支付额外的处理费用。</p>
<p><b>问题 7：电话号码</b> 请在此处提供您的住宅、工作电话号码和手机号码。请确保每个电话号码都包含正确的区号以及适用的任何分机号码。</p>
<p><b>问题 8：电子邮箱地址</b> 按照法律规定，您必须提供您的常用电子邮箱地址（如有），并在您的常用电子邮箱地址发生更改后 30 天内将此更改告知 CAMTC。请填写 CAMTC 可以联系到您的两 (2) 个最佳电子邮箱地址。您的电子邮箱地址是保密信息，将仅用于对您而言有重要意义的 CAMTC 事项相关通知。请确保您提供的电子邮箱地址是最新的，并持续查看您的邮件以获取 CAMTC 更新和通告。</p>

**问题 9：网站**

如果您有营业网站，请勾选“是”并提供您网站的网址 URL。

如果您确认自己没有任何网站，请勾选“否”。

**问题 10：身份证明文件**

请按要求如实提供您的驾照或州官方 ID 上的所有信息。在您通过指纹扫描服务提供商提交指纹后，此类信息对于验证从加州司法部 (DOJ) 和联邦调查局 (FBI) 收到的指纹扫描信息而言是必要的。如果您没有驾照或州官方 ID，请提供另一种附有照片的政府身份证明文件的彩色副本。

注意：按照法律规定，您有责任在电子邮件地址、家庭住址、营业地址变更或添加新营业地点后 30 天内向 CAMTC 提供此类信息的任何更改或添加。未能向 CAMTC 及时报告此等更改或添加可能导致 CAMTC 对您采取纪律处分，包括但不限于撤销认证。

**问题 11：社会安全号码**

请在此处填写您的社会安全号码。无需破折号或连字符。

**问题 12：其他姓名**

请提供您曾使用的所有其他姓名。如果您的姓名曾因结婚、离婚或任何其他理由被合法更改过，则您必须完整提供您的所有曾用法定姓名。即使您从未将您的姓名合法更改为其他姓名（即别名“AKA”），您也必须披露所有这些别名。

请尽可能提供准确完整的信息。

**问题 13：出生地点**

填写您的出生城市以及州或省及郡县。

**问题 14：CAMTC 认证**

如果您曾接受过加州按摩治疗委员会 (CAMTC) 的认证，请勾选“是”。如果您曾接受过 CAMTC 的认证，您还必须提供您曾有的 CAMTC 证书编号。

如果您从未接受过 CAMTC 的认证，请勾选“否”。

**问题 15：执照、注册文件、许可文件等**

如果您曾持有或目前持有任何一种按摩许可证、执照、认证文件、注册文件或其他授权文件让您以个人身份提供有偿按摩，或从事任何其他职业，或者如果您曾拥有从事按摩业务的许可文件、执照、注册文件或其他授权文件，请勾选“是”。这包括但不限于：

- 提供有偿按摩的地方按摩许可文件；
- 州、地方或国家执照、证书或许可文件准许从事专业活动，例如：美甲、美容美发、美容、医生、护士、针灸、脊椎按摩、理疗或其他医疗活动；
- 按摩业务的营业执照；
- 按摩业务的任何其他授权文件，包括地方许可文件、经营商许可文件或注册证书。

请填写您的许可文件或执照编号。如果您目前持有美国其他州或加拿大省份的按摩执照，或持有其他国家的执照或许可文件，您应该在申请中附上您的州外执照或许可文件的复印件。美国以外国家签发的按摩执照本身不会令您具备认证资格。美国其他州签发的按摩执照可能会令您具备认证资格。

您可能持有数份许可文件、证书或执照，所有这些文件都应该被包括在内。如果您有 3 份以上的执照、证书或许可文件须向 CAMTC 报告，请在您的申请中另附页提供这些附加的执照或许可文件的信息。在“执照或授权状态”下方，请确保注明您的执照、注册文件、认证文件或许可文件是“有效”或“停用”，并提供“停用”的原因。

**问题 16: 您是否曾在经 CAMTC 批准的学校完成 500 小时或更长时间的按摩治疗教育?**

如果您曾在经 CAMTC 批准的学校课程中完成 500 小时或更长时间的按摩治疗教育, 请在此处勾选“是”。

如果您未曾在经 CAMTC 批准的学校课程中完成超过 500 小时的教育, 请勾选“否”。

CAMTC 在网站 [camtc.org](http://camtc.org) 上提供了经批准的学校课程列表。

**问题 17: 您曾就读的所有学校是否仍在营业授课?**

如果您曾接受按摩治疗教育的所有学校仍在开课营业, 请在此处勾选“是”。

如果您曾接受按摩治疗教育的一所或多所学校已经关闭或停止营业, 请勾选“否”。

**问题 18: 您曾就读的所有学校是否都位于加州?**

如果您曾接受按摩治疗教育的所有学校均位于加州, 请勾选“是”。

如果您曾接受按摩治疗教育的一所或多所学校不在加州, 请勾选“否”。

**问题 19: 加州的按摩治疗学校**

请确保指明您曾在加州就读的所有按摩学校和按摩课程, 无论您何时在此等学校就读或此等学校在 CAMTC 的当前状态如何。

在 CAMTC 有理由质疑申请人是否曾接受成绩单上所列全部教育的任何情况下, CAMTC 保留要求申请人提供在毕业证书和成绩单之外其曾接受充分教育的其他证明的权利。

如果您曾就读的学校已经关闭、被整顿、CAMTC 学校批准文件被拒, 或其学校批准文件申请长期未决, 在某些情况下, 您依然可以利用该学校提供的学历满足认证学历要求。

**问题 20: 其他学校**

如果您曾就读的按摩学校现已关闭、改名或不在加州, 请按要求提供关于该类学校的信息。如有需要请另附页。即使您曾就读的学校位于另一个州或国家, 请提供您曾就读的所有学校的信息。

**问题 21: 所有经 CAMTC 批准的按摩治疗学校/课程的教育时长:**

请填写您在曾就读的所有经 CAMTC 批准的按摩治疗学校/课程接受的有记录的教育总时长。

计算在经 CAMTC 批准的学校接受的有记录的教育总时长时, 请勿将从任何途径接受的“继续教育”时长包含在内。

**问题 22: 经 CAMTC 批准的考试——可选**

您可将此问题留空, 或者您可自愿表明您是否曾通过任何列出的经 CAMTC 批准的考试。**请注意, 加州立法机构已确定至 2021 年 12 月 31 日之前暂不做考试要求。因此 2021 年的认证不要求通过 CAMTC 考试。**

**问题 23: 当前工作地点**

如果您目前在有偿按摩治疗领域从业, 请勾选“是”, 并按要求提供您目前提供按摩治疗服务之所有地点的营业信息。按照《加州商业与职业法规》第 4608(a) 节规定, 您必须直接向 CAMTC 要求获取一份您的 CAMTC 证书的正式副本以便您在提供有偿按摩的各个营业地点进行展示。

如果您目前没有在有偿按摩治疗领域从业, 请勾选“否”。

**问题 24：未来雇主**

如果您正在按摩治疗领域找工作，请在此处按要求提供关于您的未来雇主的信息。

如果您目前并没有找工作或被聘用，请将此节留空。

**问题 25：以往工作地点**

如果您曾在有偿按摩治疗领域工作过，请勾选“是”并在此处按要求提供您之前曾提供有偿按摩（但现在已经不再工作）的所有营业地点的信息（包括开始日期和结束日期）。

无论您工作的时间有多短，您都必须提供关于您在过去 10 年里曾提供有偿按摩的所有营业地点的信息。此问题仅涉及您曾提供有偿按摩的营业地点，不包括您提供出诊按摩的地点。

**问题 26：过往居住地点**

请提供过去十年里您的所有家庭住址（您曾居住过的地址）。

**问题 27：申请人既往历史**

如果您在任何城市、州、郡县或司法管辖区曾收到行政或民事传票，或曾被否决或被拒绝更新执照、许可文件、证书或从事按摩治疗业务的、提供按摩治疗的或从事任何其他职业的授权文件，请选择“是”。这包括针对您个人作为按摩专业人员所采取的行动，针对您作为按摩业务业主/运营商所采取的行动，以及对您作为其他职业（例如美甲、美容美发、美容、医疗专业、针灸、脊椎按摩、理疗等）的专业人员所采取的行动

如果您选择“是”，您将需要在您的申请中就每次事件另附纸张提供书面陈述以便详细地说明相关机构曾对您采取的行动。请根据如下要求详细说明各次事件：

- 导致相关机构对您采取行动的事件的详细说明，包括事件日期；
- 事件发生的地点及事件是否在提供按摩的地点发生；
- 事件是否与按摩服务有关；
- 相关机构对您采取行动所具体针对的对象（许可文件、执照、证书、营业执照、运营商许可文件等）；
- 相关机构对您采取的具体行动（例如您的许可文件是否被撤销、您是否支付罚款、您是否接受过州执照处分、您的申请是否曾被拒等）；
- 传票日期或相关机构对您所采取行动的发生日期；
- 指明对您采取行动的机构（城市、郡县、州等）；
- 相关机构对您采取行动的明示原因（例如按摩专业人员未能为客户妥善提供服务，公司利用未经许可或无证人士提供按摩服务等）；以及
- 您持有的任何其他相关信息。

另请提供您持有的相关机构对您采取行动相关的任何文件之副本（例如行政传票、裁决、已付罚款收据、对您采取行动的机构最终决策函等）。

**未能按要求完整披露信息属于违法行为，并将被视为试图通过欺诈、虚假陈述或错误而获取证书，您会因此被拒绝认证或撤销认证。**

**问题 28: 申请人既往历史**

如果您的执照、证书、注册证书、许可文件或按摩业务的其他授权文件或从事按摩治疗或任何其他职业的其他授权文件曾被撤销、暂停或受到其他处分，请选择“是”。

如果您选择“是”，您将需要在您的申请中就每次事件另附纸张提供书面陈述以便更详细地说明相关机构曾对您采取的行动。请根据如下要求详细说明各次事件：

- 导致相关机构对您采取行动之事件的详细说明，包括事件日期；
- 事件发生的地点及事件是否在提供按摩的地点发生；
- 事件是否与按摩服务有关；
- 相关机构对您采取行动所具体针对的对象（许可文件、执照、证书、营业执照、运营商许可文件等）；
- 相关机构对您采取的具体行动（例如您的许可文件是否被撤销、您是否支付罚款、您是否接受过州执照处分、您的申请是否曾被拒等）；
- 传票日期或相关机构对您所采取行动的发生日期；
- 指明对您采取行动的机构（城市、郡县、州等）；以及
- 相关机构对您采取行动的明示原因（例如按摩专业人员未能为客户妥善提供服务，公司利用未经许可或无证人士提供按摩服务等）；以及
- 您持有的任何其他相关信息。

另请提供您持有的相关机构对您采取行动相关的任何文件之副本（例如行政传票、裁决、已付罚款收据、对您采取行动的机构最终决策函等）。

**未能按要求完整披露信息属于违法行为，并将被视为试图通过欺诈、虚假陈述或错误而获取证书，您会因此被拒绝认证或撤销认证。**

**问题 29: 申请人既往历史**

如果您目前正面临针对您的职业行为或职业能力的未决正式起诉（不当性行为的指控、提起的诉讼、行政传票或政府投诉或下发的传票），请选择“是”。这包括行政诉讼和民事诉讼。

如果您选择“是”，您将需要在您的申请中另附纸张提供书面陈述以便更详细地说明各次待决的起诉。请在下方就各次待决的起诉提供所有信息：

- 正式起诉待决地点（城市、郡县、州或国家）；
- 起诉的性质以及导致起诉事件发生的详细说明（包括事件日期）；
- 导致起诉事件发生的地点（企业名称及地址），包括指明事件是否在提供按摩的企业发生；
- 事件是否与按摩服务有关；
- 起诉立案机构；
- 您持有的起诉相关的任何识别信息，例如案件编号等；
- 起诉当前状态；以及
- 您持有的任何其他相关信息。

另请提供您持有的起诉相关的任何文件之副本。

**未能按要求完整披露信息属于违法行为，并将被视为试图通过欺诈、虚假陈述或错误而获取证书，您会因此被拒绝认证或撤销认证。**

**问题 30: 申请人既往历史**

如果曾有人针对您作为按摩专业人员的行为或是您拥有/经营的按摩业务进行过投诉，无论该投诉是向企业提出还是直接向您提出，请回答“是”。

如果您选择“是”，您将需要在您的申请中另附纸张提供书面陈述以便更详细地说明他人对您或您拥有/运营的企业提出的各次投诉。

请就各次投诉提供所有如下信息：

- 谁提出了投诉（例如客户、客户配偶、客户父母、邻居等）；
- 投诉对象是谁（例如您本人、在您的机构中工作的按摩专业人员等）
- 投诉性质以及导致投诉的事件的详细说明，包括事件日期；
- 导致投诉的事件发生的地点（企业名称及地址），包括指明事件是否在提供按摩的企业发生；
- 投诉的当前状态（包括是否已经解决），以及如果投诉已解决，解决过程如何；以及
- 您持有的任何其他相关信息。

**未能按要求完整披露信息属于违法行为，并将被视为试图通过欺诈、虚假陈述或错误而获取证书，您会因此被拒绝认证或撤销认证。**

**问题 31: 申请人既往历史**

如果您曾被认定犯有任何违法行为（《大麻改革法案》中曾提及的违法行为除外），请选择“是”。您必须报告所有的违规以及轻罪和重罪，即使这些判决已被裁定、驳回或被删除。

如果您选择“是”，您将需要在您的申请中另附纸张提供书面陈述以便更详细地说明各项定罪。请提供关于各项定罪的如下信息：

- 事件及定罪日期；
- 被定罪的确切指控；
- 事件发生地点；
- 事件是否在提供按摩的企业发生；
- 事件是否与按摩服务有关；
- 法院地点或司法管辖区；
- 所实施的制裁、处罚或缓刑要求及完成缓刑日期；以及
- 您的生活中让您能够避免此等事件以后再次发生的改造性变化说明。

另请提供您持有的定罪相关的任何文件之副本。

证明改造的举证责任由您承担。请参阅 CAMTC 网站 [camtc.org](http://camtc.org) 了解改造的证据标准。

**未能按要求完整披露信息属于违法行为，并将被视为试图通过欺诈、虚假陈述或错误而获取证书，您会因此被拒绝认证或撤销认证。**

**问题 32: 申请人既往历史**

如果您现在或曾被要求在加州或他州登记为性犯罪者, 请选择“是”。

如果您选择“是”, 您将需要就各次登记提供更详细的信息。请提供各次登记的如下信息:

- 导致登记的事件发生日期;
- 事件发生地点;
- 事件是否在提供按摩的企业发生;
- 事件是否与按摩服务有关;
- 您对所发生情况的自述说明;
- 指明曾对您采取行动的机构;
- 法院地点或司法管辖区;
- 导致您被登记的情况说明;
- 定罪日期;
- 被定罪的特定指控;
- 注明是否为终生登记;
- 指明登记地点、登记日期和登记期限;
- 您希望向 CAMTC 提供的任何其他信息。

另请上传您持有的登记相关的任何文件之副本。

**未能按要求完整披露信息属于违法行为, 并将被视为试图通过欺诈、虚假陈述或错误而获取证书, 您会因此被拒绝认证或撤销认证。**

**申请人记录公布宣誓书**

这是有关您诚信、健康和正直的声明。一旦您签署申请并注明日期, 该文件即具备法律约束力。此声明允许 CAMTC 与执法机构分享您的申请信息和背景信息。您必须仔细阅读宣誓书并同意您所肯定和陈述的所有内容。

请在《申请人宣誓书与记录公布》各段前勾选“是”, 表明您在签名前已审慎考量了这些陈述。

**签署申请与注明日期**

请确保您在《申请人宣誓书》第一行开头填写全名, 而且已签署申请并注明日期。请复印已签署并注明日期的申请留作记录。

申请必须在 CAMTC 接收前 45 天以内填写完成、签署并注明日期。

**附上您的护照照片**

请在护照照片的背面工整书写您的全名和驾照号码, 然后用双面胶(或卷起的单面胶带)将您的照片贴在申请的照片栏中。

**包括您的驾照或政府颁发的 ID 复印件**

制作您的驾照或政府颁发的 ID 的清晰易读的正面复印件, 并将其与您填写完成的申请一同寄出。

**将任何支持文件包括在内**

根据需要在您填写完成的申请中附上任何支持文件。

在收到您完整的申请表后, CAMTC 将通过 PayPal 生成电子发票, 并发送到您提供的电子邮件地址。请每天查看您的电子邮件(包括垃圾邮件文件夹), 查看 [service@paypal.com](mailto:service@paypal.com) 的发票。您将有七天的付款期限。如果未收到付款, 申请表将被退回。

不完整的申请表将被退回。

**阅读并完成付款信息页** 申请处理费用包括一份 CAMTC 证书原件和 ID 卡（如获得认证）。您必须在您工作的每个地点张贴证书原件；因此如果您在多个地点工作，您可要求获取更多证书原件。  
额外证书：每份额外证书费用为 30 元。订购时请在适当处注明正确的份数与费用

请勿邮寄现金支票或邮政汇票

请勿邮寄信用卡信息

### **完成您的指纹扫描**

这是您为了成为认证按摩治疗师 (CMT) 必须完成的单独流程。您将需要打印并填写“指纹扫描服务申请”表，并携带此表前往 <https://oag.ca.gov/fingerprints/locations> 中所列的指纹扫描地点之一。

指纹扫描服务申请表可能已包含在您的申请中，也可从 [camtc.org](http://camtc.org) 下载。

您须向指纹扫描供应商支付约八十到九十美元 (\$80 - \$90) 的一次性费用。

### **数据权利**

您的指纹将由加州司法部保留，并将与指纹库中的存底进行比对，包括最新指纹。

如您有前科案底，获取犯罪记录副本是您应有的权利，同时您有权要求查证犯罪记录的准确性和完整性，待犯罪记录得到最终确认后，方由 CAMTC 做出有关您是否符合认证资格的最后决定。

**将填写完成的申请表和支持文件发送电子邮件至：**

#### **加州按摩治疗委员会 [info@camtc.org](mailto:info@camtc.org)**

请不要将您的申请通过邮寄方式提交，如无法在我们网站登记及申请为例外。请确保您申请的所有张页和信息完整提交，拍照或者扫描存底。您将在您的申请进入我们的数据库时收到确认电子邮件（这可能是您的申请抵达我们办公室后 2 到 3 周）。

### **谢谢！**

请与您的专业按摩同行分享 CAMTC 认证福利。我们欢迎您提供关于申请流程的反馈，请将您的意见发送至：  
[info@camtc.org](mailto:info@camtc.org)。





加州按摩治疗委员会  
认证申请

仅供办公使用

仅在您从头开始申请（而非二次认证）且无法在线申请的情况下使用此表。

填写不完整或使用错误表格寄送的申请将被退回。

请勿使用旧版申请表，最新版申请表可在 [camtc.org](http://camtc.org) 网站上获取

1.	您是否阅读了所有申请说明？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
----	---------------	----------------------------	----------------------------

2.	您是否了解按摩治疗师认证的资质和要求？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
----	---------------------	----------------------------	----------------------------

3.	您的法定全名：（必须与身份证明文件匹配）				
姓名：		中间名：		姓氏：	

4.	家庭住址：（注意：此处不可使用邮政信箱和邮件投递箱——仅可填写您的实际家庭住址）				
街道地址：		公寓或套房编号：			
城市：		州：		邮政编码：	

5.	您的邮寄地址是否与您居住的家庭住址（见上文）相同？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
----	---------------------------	----------------------------	----------------------------

6.	如果您对上文问题 (5.) 的回答为“否”，则请在下方提供您的邮寄地址；否则您可将问题 (6.) 留空。如果您向 CAMTC 提供了错误的邮寄地址，您的申请处理可能延迟，您可能无法收到您的证书或 ID 卡，或者您可能须支付额外的处理费用。				
邮寄地址：		公寓或套房编号：			
城市：		州：		邮政编码：	

7.	电话号码：				
住宅：		工作：		手机：	

8.	电子邮箱地址：（按照法律规定，您必须提供您的电子邮箱地址（如有）；仅供 CAMTC 使用）			
首选电子邮箱地址：				
第二电子邮箱地址：				

9.	您是否有网站？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果您回答“是”，请提供 URL：	<a href="http://">http://</a>		

10.	加州驾照或州官方身份识别文件信息：请在下方如实提供您的驾照或州官方 ID 上的所有信息：在您通过指纹扫描服务提供商（参见申请说明）提交指纹后，此类信息对于验证从加州司法部 (DOJ) 和联邦调查局 (FBI) 收到的指纹扫描信息而言是必要的。如果您没有驾照或州官方 ID，请跳过此问题并继续回答下文问题 (11.)。								
驾照/ID 号码：		到期日：		性别：	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
出生日期：		身高：		体重：		瞳色：		发色：	
街道地址：		公寓或套房编号：							
城市：		州：		邮政编码：					

11.	社会安全号码：								
-----	---------	--	--	--	--	--	--	--	--

12.	您是否曾因为结婚或通过法院更改过姓名、曾在按摩职业中使用其他姓名或曾用任何其他别名？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
<b>如果您对问题 (12.) 的回答为“是”，请列出您的所有其他姓名：</b>			
其他姓名 12a.		其他姓名 12b.	
其他姓名 12c.		其他姓名 12d.	
请在所附的“申请补充表单”上输入其他姓名。			

13.	出生地点：		
城市：	省或州：	国家：	

14.	您是否曾接受过加州按摩治疗委员会认证？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果您对上文 (14.) 的回答为“是”，请提供您的 CAMTC 证书编号：			

15.	您在美国领土或外国领土内的任何州或省份的城市或郡县是否现在持有或曾持有任何执照（按摩相关、医疗或其他职业）或任何注册文件、认证文件或其他授权文件以便从事按摩治疗或任何其他职业，或曾持有按摩治疗业务的执照、证书、许可文件或其他授权文件？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
-----	---	----------------------------	----------------------------

如果您对上文问题 (15.) 的回答为“是”，请列出您的所有按摩治疗业务、按摩治疗和其他职业注册文件、许可文件、证书、执照或其他授权文件，包括您的注册文件、许可文件、证书或执照编号；首次签发日期；到期日；城市；州或省份；文件签发国家；以及执照状态。如有需要请另附页。如果您的注册文件、许可文件、证书或执照目前停用，请提供停用原因：

15a.	执照编号：	类型：	签发日期：
城市：	省份或州：	国家：	
执照或授权文件状态：	<input type="checkbox"/> 有效	<input type="checkbox"/> 停用	停用原因：
			到期日：
15b.	执照编号：	类型：	签发日期：
城市：	省份或州：	国家：	
执照或授权文件状态：	<input type="checkbox"/> 有效	<input type="checkbox"/> 停用	停用原因：
			到期日：
15c.	执照编号：	类型：	签发日期：
城市：	省份或州：	国家：	
执照或授权文件状态：	<input type="checkbox"/> 有效	<input type="checkbox"/> 停用	停用原因：
			到期日：

16.	您是否曾在经 CAMTC 批准的学校完成 500 小时或更长时间的按摩治疗教育？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
-----	--	----------------------------	----------------------------

17.	您曾就读的所有学校是否仍在营业授课？（如果您的回答为“否”，另请针对不再营业的这些学校回答问题 (20.)。）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
-----	---	----------------------------	----------------------------

18.	您曾就读的所有学校是否都位于加州？（如果您的回答为“否”，另请针对不在加州的这些学校回答问题 (20.)。）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
-----	--	----------------------------	----------------------------

19.	请指明您在加州就读的所有按摩治疗学校，包括就读的课程、开始日期、结束日期和在各所学校就读的总时长，即使该学校并非经过 CAMTC 批准；如有需要请另附页。来自某些学校的申请人可能必须提供其他文件。
-----	--

19a.	学校 #1 名称：		
地址：	城市：	州：	邮政编码：
课程名称：			
课程开始日期：	课程完成日期（毕业日期）：		
在这所学校就读此项课程时所完成的有记录的教育总时长：			
如果您未提供毕业日期，请做出您未毕业的简要说明。			
说明：			

<b>19b.</b>	<b>学校 #2 名称:</b>						
地址:		城市:		州:		邮政编码:	
课程名称:							
课程开始日期:		课程完成日期 (毕业日期):					
在这所学校就读此项课程时所完成的有记录的教育总时长:							
<b>如果您未提供毕业日期, 请做出您未毕业的简要说明。</b>							
说明:							

<b>20.</b>	<b>如果您曾就读的学校 (一所或多所) 现已关闭、更名或不在加州, 请在下方提供关于各所学校的其他信息: 如有需要请另附页。包括曾就读的所有学校 (即使这些学校位于其他州或国家)。</b>						
按摩治疗学校全称:				国家:			
街道:		城市:		州:		邮政编码:	
学校电话:		学校电子邮箱:		学校网站:			

<b>21.</b>	请填写您在曾就读的所有经 CAMTC 批准的按摩治疗学校/课程接受的有记录的教育总时长:	总时长:	
------------	--	------	--

<b>22.</b>	<b>可选: 您可以指明您是否通过了下方任何经 CAMTC 批准的考试。请注意通过经 CAMTC 批准的考试并不是 2021 年认证的必要条件。</b>						
<input type="checkbox"/> MBLEX	<input type="checkbox"/> BCETMB	<input type="checkbox"/> NYSMTE	<input type="checkbox"/> NCETM 或 <input type="checkbox"/> NCETMB (2015 年 2 月 1 日当天或之前)	通过日期:			

<b>23.</b>	您目前是否在有偿按摩治疗领域从业 (不包括实习/校外实习)?						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果您对上文问题 (23.) 的回答为“是”, 请在下方提供您目前提供按摩治疗服务之所有地点的营业信息。按照《加州商业与职业法规》第 4608(a) 节规定, 您必须直接向 CAMTC 要求获取一份您的 CAMTC 证书的正式副本以便您在提供有偿按摩的各个营业地点进行展示。如果您在两 (2) 个以上的地点工作, 请在所附的“申请补充表单”上输入其他地点。								
<b>23a.</b>	企业名称:				主要联系人:			
街道:		城市:		州:		邮政编码:		
办公电话:		办公电子邮箱:		企业网站:				
另请在下方指明您的状态。				大概的开始日期:				
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商				
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他					

<b>23b.</b>	企业名称:				主要联系人:		
街道:		城市:		州:		邮政编码:	
办公电话:		办公电子邮箱:		企业网站:			
另请在下方指明您的状态。				大概的开始日期:			
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商			
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他				

<b>24.</b>	<b>未来雇主 (如有):</b>						
企业名称:				主要联系人:			
街道:		城市:		州:		邮政编码:	
办公电话:		办公电子邮箱:		企业网站:			
另请在下方指明您的状态。				大概的开始日期:			
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商			
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他				

25.	您之前是否曾在有偿按摩治疗领域从业过（不包括实习/校外实习）？						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
如果您对上文问题 (25.) 的回答为“是”，请提供您在过去十 (10) 年里曾从事按摩工作的所有地点。如果您在过去十 (10) 年里曾在两 (2) 个以上按摩地点提供有偿按摩，请在所附的“申请补充表单”上输入您曾工作过的其他地点。								
25a.	企业名称：			主要联系人：				
街道：		城市：		州：		邮政编码：		
办公电话：		办公电子邮箱：		企业网站：				
另请在下方指明您的状态。		大概的开始日期：		大概的结束日期：				
<input type="checkbox"/> 雇主		<input type="checkbox"/> 独立承包商		<input type="checkbox"/> 付费使用场地		<input type="checkbox"/> 自雇		
<input type="checkbox"/> 业主		<input type="checkbox"/> 雇主		<input type="checkbox"/> 教员		<input type="checkbox"/> 其他		

25b.	企业名称：			主要联系人：				
街道：		城市：		州：		邮政编码：		
办公电话：		办公电子邮箱：		企业网站：				
另请在下方指明您的状态。		大概的开始日期：		大概的结束日期：				
<input type="checkbox"/> 员工		<input type="checkbox"/> 独立承包商		<input type="checkbox"/> 付费使用场地		<input type="checkbox"/> 自雇		
<input type="checkbox"/> 业主		<input type="checkbox"/> 雇主		<input type="checkbox"/> 教员		<input type="checkbox"/> 其他		

26.	请提供过去十 (10) 年里您的所有过往居住地点。如果您在过去十 (10) 年里曾在两 (2) 个以上地点居住，请在所附的“申请补充表单”上输入其他地点。						
26a.	街道：		城市：		州：		邮政编码：
26b.	街道：		城市：		州：		邮政编码：

#### 申请人既往历史

如果您对以下任何问题的回答为“是”，则需要单独给出书面陈述，（按照说明中的要求）用您自己的语言解释事件相关的一切完整细节。如果您的回答为“是”，请务必在向 CAMTC 提交申请时在您的初始申请中附上所有支持文件。CAMTC 可能根据需要要求您提供其他文件。

**未能按要求完整披露或提供信息属于违法行为，并将被视为试图通过欺诈、虚假陈述或错误而获取证书，您会因此被拒绝申请或撤销证书。**

27.	在任何城市、郡县、州、国家或司法管辖区，您是否曾收到提供按摩治疗或从事按摩治疗业务或任何其他职业相关的行政或民事传票，或曾被拒绝更新提供按摩治疗的或从事按摩治疗业务的或任何其他职业相关的执照、许可文件、证书或其他授权文件？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
28.	您的执照、证书、注册证书、许可文件或按摩治疗业务的其他授权文件或从事按摩治疗或任何其他职业的其他授权文件是否曾被撤销、暂停或受到其他处理（包括行政传票、民事传票、市政法案违规、缓刑、罚款、申斥、庭外和解或执照、许可文件、证书或其他授权文件被缴回）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
29.	在任何城市、郡县、州、国家或司法管辖区是否有人曾对您的职业行为（不当性行为或其他）或职业能力进行起诉？或目前是否存在对您提起的此等未决起诉？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
30.	您是否知悉他人就您作为按摩专业人士之行为或就您目前从事、或曾拥有或经营的按摩治疗业务，针对您提起过任何投诉？包括向任何来源提起的所有投诉，包括对按摩企业或直接对您提起的投诉。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
31.	您是否曾被认定犯有任何刑事罪行？（您无需披露大麻改革立法中有明确规定并在《健康与安全法典》第 11361.5 和 11361.7 节中列明的任何大麻相关违法行为。）如果是，请按说明中的要求给出完整说明。即使这些判决已被裁定、驳回或被删除，也必须上报。“定罪”的定义包括不认罪也不辩护的答辩（不抗辩）以及认罪答辩或被判有罪。您必须将所有定罪包含在内，包括违规、轻罪和重罪定罪。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
32.	您是否现在或曾被要求在加州或他州登记为性犯罪者？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

## 申请人记录公布宣誓书

**必须勾选下方所有“是”；请在第一行上用英文大写您的法定全名**

A. 我, _____ (“申请人”) 确认, 我是上文 CAMTC 认证申请中提及之人, 所附护照照片拍摄日距今不足六十 (60) 天, 而且反映了我本人的样貌。	<input type="checkbox"/> 是	
B. 我进一步确认, 我健康状况良好, 不存在可能影响我在实施按摩治疗时的个人健康安全或可能影响我的按摩治疗客户之个人健康安全的任何心理或生理疾病。	<input type="checkbox"/> 是	
C. 我明白, 根据《加州商业与职业法规》第 4600 节等规定, 如果有任何情况或条件的更改且此更改会影响 CAMTC 对我认证资格的决定时, 我作为 CAMTC 认证申请人, 有责任按照要求披露所有信息并在提交申请后补充和/或更新申请内容, 而且在我成为证书持有者后更新我的信息并告知 CAMTC。我明白, 如果我被指控犯有《刑法典》第 647(b) 节——卖淫或须依法需受处罚的与性犯罪有关的任何行为, 或被要求在加州或另一个州登记为性犯罪者, 我必须立即告知 CAMTC 有人对我提出此等指控的事实以及我是否/何时被定此等或其他罪行。	<input type="checkbox"/> 是	
D. 我明白, 按法律规定, 我有责任向 CAMTC 提供任何家庭住址的更改、常用电子邮箱地址的更改、营业地址的更改, 并在此等更改或添加后 30 天内将我提供有偿按摩服务的其他营业地点告知 CAMTC, 未能及时向 CAMTC 报告此等更改或添加可能导致 CAMTC 对我实施纪律处分, 包括但不限于撤销我的认证。我也明白, 我可能必须按要求向加州地方市和郡县政府提供我的认证证书副本或其他证据文件, 我可能必须获取营业执照才能从事职业活动 (除非我是 W-2 员工)。	<input type="checkbox"/> 是	
E. 我明白, 按法规规定, 我有责任在任何和所有广告 (包括但不限于名片和网站) 中提供我的认证姓名和证书编号, 并在我的营业地点展示证书原件。	<input type="checkbox"/> 是	
F. 我特此授权执法机构 (LEA)、政府机构和其他按摩相关实体按要求向 CAMTC 公布我的记录, 而且我特此授权 CAMTC 按要求与 LEA、政府机构和其他按摩相关实体分享所有关于我的信息 (包括个人信息), 无论此等信息是由我或他人提供。(注意: 我们不会出于市场营销目的出售或公布个人信息用于。)	<input type="checkbox"/> 是	
G. 我明白并同意, 对于在任何成人和/或具有性倾向的纸质或电子媒体上做广告的机构中从事按摩的申请人 (和二次认证), 以及拥有按摩机构而该机构在任何成人和/或具有性倾向的纸质或电子媒体上做广告的申请人 (和二次认证), CAMTC 可能会认为其从事违反职业道德行为。我进一步明白并同意, 发现违反职业道德的行为可能令我无法获得认证或二次认证。	<input type="checkbox"/> 是	
H. 我明白, 如果我被授予了 CAMTC 认证, 其有效期仅为两年, 我有责任提交填写完整的二次认证申请, 并确保 CAMTC 在我的证书上所列的到期日前收到该申请。我进一步明白, CAMTC 出于礼貌将向我寄送提醒通知, 但未收到提醒通知不会令我免于承担提交填写完整的二次认证申请并确保 CAMTC 在我的现有证书到期前收到该申请的责任。我进一步明白, 未能提交填写完整的二次认证申请并让 CAMTC 在我的证书到期前收到会产生滞纳金。我进一步明白, 到时我将必须作为新申请人提出认证申请且必须满足在提出认证申请时的所有认证要求。我明白, 任何情况下此滞纳金或政策均不会得到豁免。	<input type="checkbox"/> 是	
I. 我已经仔细阅读上述申请中的问题并完整作答, 无任何形式的保留, 我在依据加州法律承担伪证惩罚的前提下声明, 我在本文件及支持此申请的文件中给出的所有答案和声明均完整、真实、准确。如果我在支持此申请时提供了任何虚假信息, 或未能按要求完整提供所有信息, 我明白此等行为可能导致我的 CAMTC 认证被拒绝、暂停、撤销或接受其他处分。	<input type="checkbox"/> 是	
J. 我已经阅读、明白并同意遵守适用于我在加州执业的法规和规定。	<input type="checkbox"/> 是	<p><b>请将您的 2" x 2" 护照近照贴在此处</b></p> <p>在您的照片背面贴上一小条双面胶, 请记住在您的照片背面用英文大写 您的姓名和驾照编号。</p>
K. 我明白我的申请无法撤回, 无论我的申请最终处理结果如何, 处理费用均不可退款。	<input type="checkbox"/> 是	
L. 我明白, 如果我的申请不完整而且未连同所有必要文件一起提交, 自 CAMTC 收到此申请之日起 1 年后该申请将被清除。我明白, 一旦申请被清除, 我将需要重新开始整个申请流程, 包括支付申请费用、提交实时扫描指纹、获取官方成绩单等。	<input type="checkbox"/> 是	
<b>签名:</b> _____	<b>日期:</b> _____	
<p><b>此申请必须在 CAMTC 接收 45 天以内签署并注明日期。</b></p> <p><b>此日期后接收的申请将被退回。</b></p>		

您必须提交此填写完整的申请表并向 CAMTC 全额支付不可退款的申请处理费用以便我们开始审核和处理。填写不完整的申请表将被退回。

### 付款信息

我明白，如果我获得认证，申请处理费用仅可让我得到一份证书原件。因此如果我需要数量如下所示的更多证书原件（每份证书原件 30 美元），以便我在提供有偿按摩服务的各个地点展示证书原件（按法律规定您必须在提供有偿按摩的各个营业地点展示 CAMTC 证书原件）。

额外证书：每份额外证书费用为 30 元。订购时请在适当处注明正确的份数与费用

额外的证书数量：		X \$30.00 =	\$
			+ \$300.00
		总金额	\$

请勿邮寄现金支票或邮政汇票

请勿邮寄信用卡信息

在收到您完整的申请表后，CAMTC 将通过 PayPal 生成电子发票，并发送到您提供的电子邮件地址。请每天查看您的电子邮件（包括垃圾邮件文件夹），查看 [service@paypal.com](mailto:service@paypal.com) 的发票。您将有七天的付款期限。如果未收到付款，申请表将被退回。

不完整的申请表将被退回。

请将此申请和所有附属申请资料发送电子邮件至：

**California Massage Therapy Council**  
**info@camtc.org**

**注意：**您的指纹扫描会在您完成指纹扫描流程后自动转发至 CAMTC。



## 加州按摩治疗委员会 申请补充表单

如有需要, 使用此表作为您的认证申请的  
补充文件。

**如果您需要更多空间以便向 CAMTC 提供关于您当前或先前工作地点或过往住宅地址的信息, 请使用此表。  
请勿使用旧版申请表, 最新版申请表可在 [camtc.org](http://camtc.org) 网站上获取**

<b>如果您在 CAMTC 认证申请中对 (12.) 的回答为“是”并需要更多空间, 请在此处输入您的其他曾用名:</b>			
其他姓名 12e.		其他姓名 12f.	
其他姓名 12g.		其他姓名 12h.	
其他姓名 12i.		其他姓名 12j.	

<b>如果您在 CAMTC 认证申请中对 (23.) 的回答为“是”并需要更多空间, 请在此处输入关于您当前工作地点的更多信息:</b>							
23c.	企业名称:		主要联系人:				
街道:		城市:		州:		邮政编码:	
办公电话:		办公电子邮箱:		企业网站:			
<b>另请在下方指明您的状态。</b>				大约的开始日期:			
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商			
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他				

<b>23d.</b> 企业名称:								主要联系人:							
街道:				城市:				州:				邮政编码:			
办公电话:				办公电子邮箱:				企业网站:							
<b>另请在下方指明您的状态。</b>								大约的开始日期:							
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商											
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他												

<b>23e.</b> 企业名称:								主要联系人:							
街道:				城市:				州:				邮政编码:			
办公电话:				办公电子邮箱:				企业网站:							
<b>另请在下方指明您的状态。</b>								大约的开始日期:							
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商											
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他												

<b>如果您在 CAMTC 认证申请中对 (25.) 的回答为“是”并需要更多空间, 请在此处输入关于您先前工作地点的更多信息:</b>															
<b>25c.</b> 企业名称:				主要联系人:											
街道:				城市:				州:				邮政编码:			
办公电话:				办公电子邮箱:				企业网站:							
<b>另请在下方指明您的状态。</b>						大约的开始日期:				大约的结束日期:					
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商											
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他												

<b>25d.</b> 企业名称:								主要联系人:							
街道:				城市:				州:				邮政编码:			
办公电话:				办公电子邮箱:				企业网站:							
<b>另请在下方指明您的状态。</b>						大约的开始日期:				大约的结束日期:					
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商											
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他												

<b>25e.</b>	企业名称:		主要联系人:				
街道:		城市:		州:		邮政编码:	
办公电话:		办公电子邮箱:		企业网站:			
<b>另请在下方指明您的状态。</b>		大约的开始日期:		大约的结束日期:			
<input type="checkbox"/> 员工	<input type="checkbox"/> 独立承包商	<input type="checkbox"/> 付费使用场地	<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 管理者/运营商			
<input type="checkbox"/> 业主	<input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 教员	<input type="checkbox"/> 其他				

**如果您在 CAMTC 认证申请中对 (26.) 的回答为“是”并需要更多空间，请在此处输入关于您的过往住宅地址的更多信息:**

<b>26c.</b>	街道地址:		公寓或套房编号:			
	城市:		州:		邮政编码:	

<b>26d.</b>	街道地址:		公寓或套房编号:			
	城市:		州:		邮政编码:	

<b>26e.</b>	街道地址:		公寓或套房编号:			
	城市:		州:		邮政编码:	

<b>26f.</b>	街道地址:		公寓或套房编号:			
	城市:		州:		邮政编码:	





## 加州按摩治疗委员会 申请检核表 (2023 年 7 月更新)

### **请先审查本检核表之后再提交您的认证按摩治疗师 (CMT) CAMTC 认证申请：**

1. **请务必确认您使用的是正确的申请表版本，该版本可在 [camtc.org](http://camtc.org) 上下载，请勿使用旧版申请表。**
  - 如果无法通过网上申请，方可使用此表格。网上申请通常处理较快。
  - 之前接受过 CAMTC 认证并拥有有效或过期证书的个人不可使用此认证申请表。本表仅适用于从未接受过认证或不符合资格申请二次认证的个人，其中也包括认证状态不良的个人。如果您不确定该提交的申请表，[请发电邮至 info@camtc.org](mailto:info@camtc.org) 问询。
2. **请确保您已做好相关的准备工作，以满足所有认证要求（也可在我们的网站 [camtc.org](http://camtc.org) 上查看）。请注意相关要求和政策可随时间有所变更。**
3. **寻找并收集您的所有按摩学校成绩单。**
  - 如果您可以证明从 CAMTC 认证学校接受过 500 或更长时间的按摩治疗教育，那么您就可能符合认证按摩治疗师 (CMT) 认证的资格。如果您无法找到您的所有成绩单，您仍可以证明接受过足够时长的教育，以符合作为 CMT 的 CAMTC 认证资格。
4. **将您的官方学校成绩单直接寄送给 CAMTC。**
  - 联系您的学校将您的官方学校成绩单直接发送电邮给 CAMTC，邮箱地址为 [transcripts@camtc.org](mailto:transcripts@camtc.org)。这一点非常重要。请勿寄送您自留的学校成绩单；收集您自留的成绩单仅用于计算您的有记录的教育总时长，以完成申请表的问题 21。您的学校必须将您的官方学校成绩单直接寄送给 CAMTC 并可能向您收取相关费用。如果您无法让您的学校寄送官方学校成绩单，请发送电子邮件至 [info@camtc.org](mailto:info@camtc.org)。
5. **在加州完成您的指纹扫描。**
  - 这是您为了成为认证按摩治疗师 (CMT) 必须完成的单独流程。您需要携带已填写完成的“指纹扫描服务申请表 BCIA 8016 以及有效身份证件前往“指纹扫描供应商”处。您须向指纹扫描供应商支付约八十到九十美元 (\$80 - \$90) 的一次性费用。
  - 您可前往加州州立律师办公室网站 <https://oag.ca.gov/fingerprints/locations> 查找指纹扫描供应商。
  - 注意：警察局和县警办公室在获取清晰指纹方面可能具有更丰富的经验。
  - CAMTC 的指纹扫描申请表通常包含在申请表中，也可从我们的网站 [camtc.org](http://camtc.org) 上下载。
6. **拍摄护照照片。**
  - 您需要随附一张您自己近期（60 天内拍摄的照片）的护照照片以及已完成填写的申请表。请勿自己拍摄此照片；请找一家宣传和专业从事护照照片拍摄的当地供应商，以确保正确地拍摄您的照片。确保在照片背面清晰地用英文大写您的姓名、驾照或州官方身份编号，并粘贴在您的申请表上。
  - 您的头部必须直面相机，全脸入镜。
  - 您必须面部表情自然或自然微笑，双眼睁开。
  - 在最近 2 个月内拍摄。
  - 请使用纯白或灰白背景。
  - 2 x 2 英寸 (51 x 51 mm)。
  - 头部尺寸（下巴底部至头顶顶部）必须为 1 -1 3/8 英寸 (25 - 35 mm)。
  - 在哑光或光面优质纸张上印制。
  - 彩色印制。
  - 您的全脸必须清晰可见。
7. **清晰地复印您的驾照或州官方身份证件。**
  - 清晰地复印您的驾照或州官方身份证件的正面，随附在您的申请表中。您需要将您的驾照、护照、军人 ID 或其他政府签发的带有照片的身份证的清晰复印件和您的申请表一起寄送，以用于进行照片匹配。

**8. 完成申请表。**

- 您现在应该准备好填写申请表所需的所有信息了。在填写完成您的申请表（包括“地址补充表”（如需））后，您将阅读“申请人记录公布宣誓书”，并在每一段的右边勾选“是”，以核实您已经阅读并完全理解您的宣誓书。之后，您将在申请表上签名并注明日期，将您近期拍摄的白底 2” x 2” 护照照片用双面胶粘贴在您的申请表上，您的驾照或政府签发的带有照片的 ID 的清晰复印件和申请处理费随附在您的申请中。如有需要，也可随附任何支持文件。如果您对问题 27 至 32 中的任何问题勾选“是”，请确保按要求随附书面声明。
- 确保您已经准确且完整地填写您的申请表。
- 您必须在申请表上签名。您在申请表上注明的日期必须在 CAMTC 接收前 45 天内。

**9. 如果您之前和现在对问题 32 回答“是”或曾被要求在加州或其他州登记为性犯罪者，您需要为每次登记提供更详细的信息。请提供各次登记的如下信息；**

- 导致登记的事件发生日期；
- 事件发生地点；
- 事件是否在提供按摩的企业发生；
- 事件是否与按摩服务有关；
- 您对所发生情况的自述说明；
- 指明曾对您采取行动的机构；
- 法院地点或司法管辖区；
- 导致您被登记的情况说明；
- 定罪日期；
- 您被定罪的具体指控；
- 注明是否为终生登记；
- 确定登记的地点、登记日期以及登记期限；
- 您希望向 CAMTC 提供的任何其他信息。

**10. 将填写完成的申请表以及支持证明文件发送电子邮件至 CAMTC。**

- 我们强烈推荐您为您的申请表（包括任何其他文件）复印完整的副本，以供您自己留存记录。如果完成您的申请表需要更多的信息和证明文件，CAMTC 将联系您。在批准认证之前，CAMTC 会审核申请人的教育和专业证书并开展背景调查，包括与加州司法部和联邦调查局进行潜在的犯罪记录调查和与市县机构开展行政和民事传票调查。某些申请需要额外的审查，包括但不限于咨询当地的执法机构、申请人的教育和/或定罪历史记录调查和/或与申请人面谈。处理时间因此等因素各异。一旦做出决定，您将被告知。您需要在您的每个工作场所展示 CAMTC 证书原件（并非影印件）。

**11. 请每天查看您的电子邮件，及时收取 CAMTC 发送的发票。**

- 请勿邮寄现金支票或邮政汇票
- 请勿邮寄信用卡信息
- 在收到您完整的申请表后，CAMTC 将通过 PayPal 生成电子发票，并发送到您提供的电子邮件地址。请每天查看您的电子邮件（包括垃圾邮件文件夹），查看 [service@paypal.com](mailto:service@paypal.com) 的发票。您将有七天的付款期限。如果未收到付款，申请表将被退回。
- 填写不完整的申请表将不予受理，会被退回。
- 成功缴付申请费用后，您将收到通过电子邮件发送的收据。

**California Massage Therapy Council**  
**Attention: Certification Support**  
**[info@camtc.org](mailto:info@camtc.org)**



## REQUEST FOR LIVE SCAN SERVICE

### Applicant Submission

AD079 \_\_\_\_\_  
 ORI (Code assigned by DOJ) \_\_\_\_\_  
 Massage Therapist \_\_\_\_\_  
 Authorized Applicant Type \_\_\_\_\_

MASSAGE THERAPIST \_\_\_\_\_  
 Type of License/Certification/Permit OR Working Title (Maximum 30 characters - if assigned by DOJ, use exact title assigned) \_\_\_\_\_

### Contributing Agency Information:

California Massage Therapy Council \_\_\_\_\_  
 Agency Authorized to Receive Criminal Record Information \_\_\_\_\_  
 14167 \_\_\_\_\_  
 Mail Code (five-digit code assigned by DOJ) \_\_\_\_\_

One Capitol Mall, Suite 800 \_\_\_\_\_  
 Street Address or P.O. Box \_\_\_\_\_  
 N/A \_\_\_\_\_  
 Contact Name (mandatory for all school submissions) \_\_\_\_\_

Sacramento \_\_\_\_\_ CA \_\_\_\_\_ 95814 \_\_\_\_\_  
 City State ZIP Code \_\_\_\_\_  
 (916) 669-5336 \_\_\_\_\_  
 Contact Telephone Number \_\_\_\_\_

### Applicant Information:

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_  
 Other Name: (AKA or Alias) \_\_\_\_\_

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Suffix \_\_\_\_\_  
 Sex  Male  Female

Date of Birth \_\_\_\_\_ Driver's License Number \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ Eye Color \_\_\_\_\_ Hair Color \_\_\_\_\_  
 Billing Number Applicant Must Pay Fee Directly to Live Scan Vendor \_\_\_\_\_  
 (Agency Billing Number)

Place of Birth (State or Country) \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_  
 Misc. Number N/A \_\_\_\_\_  
 (Other Identification Number)

Home Address Street Address or P.O. Box \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP Code \_\_\_\_\_

I have received and read the included Privacy Notice, Privacy Act Statement, and Applicant's Privacy Rights.

Applicant Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Your Number: N/A \_\_\_\_\_  
 OCA Number (Agency Identifying Number)

Level of Service:  DOJ  FBI  
 (If the Level of Service indicates FBI, the fingerprints will be used to check the criminal history record information of the FBI.)

If re-submission, list original ATI number: \_\_\_\_\_  
 (Must provide proof of rejection) Original ATI Number

### Employer (Additional response for agencies specified by statute):

LEAVE THIS SECTION BLANK \_\_\_\_\_  
 Employer Name

N/A \_\_\_\_\_  
 Street Address or P.O. Box Telephone Number (optional)

N/A \_\_\_\_\_  
 City State ZIP Code Mail Code (five digit code assigned by DOJ)

### Live Scan Transaction Completed By:

Name of Operator \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Transmitting Agency \_\_\_\_\_ LSID \_\_\_\_\_ ATI Number \_\_\_\_\_ Amount Collected/Billed \_\_\_\_\_



## REQUEST FOR LIVE SCAN SERVICE

### Privacy Notice

As Required by Civil Code § 1798.17

**Collection and Use of Personal Information.** The California Justice Information Services (CJIS) Division in the Department of Justice (DOJ) collects the information requested on this form as authorized by Business and Professions Code sections 4600-4621, 7574-7574.16, 26050-26059, 11340-11346, and 22440-22449; Penal Code sections 11100-11112, and 11077.1; Health and Safety Code sections 1522, 1416.20-1416.50, 1569.10-1569.24, 1596.80-1596.879, 1725-1742, and 18050-18055; Family Code sections 8700-87200, 8800-8823, and 8900-8925; Financial Code sections 1300-1301, 22100-22112, 17200-17215, and 28122-28124; Education Code sections 44330-44355; Welfare and Institutions Code sections 9710-9719.5, 14043-14045, 4684-4689.8, and 16500-16523.1; and other various state statutes and regulations. The CJIS Division uses this information to process requests of authorized entities that want to obtain information as to the existence and content of a record of state or federal convictions to help determine suitability for employment, or volunteer work with children, elderly, or disabled; or for adoption or purposes of a license, certification, or permit. In addition, any personal information collected by state agencies is subject to the limitations in the Information Practices Act and state policy. The DOJ's general privacy policy is available at <http://oag.ca.gov/privacy-policy>.

**Providing Personal Information.** All the personal information requested in the form must be provided. Failure to provide all the necessary information will result in delays and/or the rejection of your request.

**Access to Your Information.** You may review the records maintained by the CJIS Division in the DOJ that contain your personal information, as permitted by the Information Practices Act. See below for contact information.

**Possible Disclosure of Personal Information.** In order to process applications pertaining to Live Scan service to help determine the suitability of a person applying for a license, employment, or a volunteer position working with children, the elderly, or the disabled, we may need to share the information you give us with authorized applicant agencies.

The information you provide may also be disclosed in the following circumstances:

- With other persons or agencies where necessary to perform their legal duties, and their use of your information is compatible and complies with state law, such as for investigations or for licensing, certification, or regulatory purposes.
- To another government agency as required by state or federal law.

**Contact Information.** For questions about this notice or access to your records, you may contact the Associate Governmental Program Analyst at the DOJ's Keeper of Records at (916) 210-3310, by email at [keeperofrecords@doj.ca.gov](mailto:keeperofrecords@doj.ca.gov), or by mail at:

Department of Justice  
Bureau of Criminal Information & Analysis  
Keeper of Records  
P.O. Box 903417  
Sacramento, CA 94203-4170



## REQUEST FOR LIVE SCAN SERVICE

---

### Privacy Act Statement

**Authority.** The FBI's acquisition, preservation, and exchange of fingerprints and associated information is generally authorized under 28 U.S.C. 534. Depending on the nature of your application, supplemental authorities include Federal statutes, State statutes pursuant to Pub. L. 92-544, Presidential Executive Orders, and federal regulations. Providing your fingerprints and associated information is voluntary; however, failure to do so may affect completion or approval of your application.

**Principal Purpose.** Certain determinations, such as employment, licensing, and security clearances, may be predicated on fingerprint-based background checks. Your fingerprints and associated information/biometrics may be provided to the employing, investigating, or otherwise responsible agency, and/or the FBI for the purpose of comparing your fingerprints to other fingerprints in the FBI's Next Generation Identification (NGI) system or its successor systems (including civil, criminal, and latent fingerprint repositories) or other available records of the employing, investigating, or otherwise responsible agency. The FBI may retain your fingerprints and associated information/biometrics in NGI after the completion of this application and, while retained, your fingerprints may continue to be compared against other fingerprints submitted to or retained by NGI.

**Routine Uses.** During the processing of this application and for as long thereafter as your fingerprints and associated information/biometrics are retained in NGI, your information may be disclosed pursuant to your consent, and may be disclosed without your consent as permitted by the Privacy Act of 1974 and all applicable Routine Uses as may be published at any time in the Federal Register, including the Routine Uses for the NGI system and the FBI's Blanket Routine Uses. Routine uses include, but are not limited to, disclosures to: employing, governmental, or authorized non-governmental agencies responsible for employment, contracting, licensing, security clearances, and other suitability determinations; local, state, tribal, or federal law enforcement agencies; criminal justice agencies; and agencies responsible for national security or public safety.



## REQUEST FOR LIVE SCAN SERVICE

### Noncriminal Justice Applicant's Privacy Rights

As an applicant who is the subject of a national fingerprint-based criminal history record check for a noncriminal justice purpose (such as an application for employment or a license, an immigration or naturalization matter, security clearance, or adoption), you have certain rights which are discussed below.

- You must be provided written notification<sup>1</sup> that your fingerprints will be used to check the criminal history records of the FBI.
- You must be provided, and acknowledge receipt of, an adequate Privacy Act Statement when you submit your fingerprints and associated personal information. This Privacy Act Statement should explain the authority for collecting your information and how your information will be used, retained, and shared.<sup>2</sup>
- If you have a criminal history record, the officials making a determination of your suitability for the employment, license, or other benefit must provide you the opportunity to complete or challenge the accuracy of the information in the record.
- The officials must advise you that the procedures for obtaining a change, correction, or update of your criminal history record are set forth at Title 28, Code of Federal Regulations (CFR), Section 16.34.
- If you have a criminal history record, you should be afforded a reasonable amount of time to correct or complete the record (or decline to do so) before the officials deny you the employment, license, or other benefit based on information in the criminal history record.<sup>3</sup>

You have the right to expect that officials receiving the results of the criminal history record check will use it only for authorized purposes and will not retain or disseminate it in violation of federal statute, regulation or executive order, or rule, procedure or standard established by the National Crime Prevention and Privacy Compact Council.<sup>4</sup>

If agency policy permits, the officials may provide you with a copy of your FBI criminal history record for review and possible challenge. If agency policy does not permit it to provide you a copy of the record, you may obtain a copy of the record by submitting fingerprints and a fee to the FBI. Information regarding this process may be obtained at <https://www.fbi.gov/services/cjis/identity-history-summary-checks>.

If you decide to challenge the accuracy or completeness of your FBI criminal history record, you should send your challenge to the agency that contributed the questioned information to the FBI. Alternatively, you may send your challenge directly to the FBI. The FBI will then forward your challenge to the agency that contributed the questioned information and request the agency to verify or correct the challenged entry. Upon receipt of an official communication from that agency, the FBI will make any necessary changes/corrections to your record in accordance with the information supplied by that agency. (See 28 CFR 16.30 through 16.34.) *You can find additional information on the FBI website at <https://www.fbi.gov/about-us/cjis/background-checks>.*

---

<sup>1</sup> Written notification includes electronic notification, but excludes oral notification

<sup>2</sup> <https://www.fbi.gov/services/cjis/compact-council/privacy-act-statement>

<sup>3</sup> See 28 CFR 50.12(b)

<sup>4</sup> See U.S.C. 552a(b); 28 U.S.C. 534(b); 34 U.S.C. § 40316 (formerly cited as 42 U.S.C. § 14616), Article IV(c)