|  |
| --- |
|  |

  **特种设备作业人员资格认定体检表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 作业种类 |  场(厂)内专用机动车辆作业  | 作业项目 |  叉车司机 |
| 工作单位 |  | 邮政编码 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 体 格 检 查 |
| **身体运动功能障碍** | □无 □有 | **四肢** | □健全 □不健全 | 贴相片处 |
| 视力 | 原来视力 | 左 |  | 右 |  | **辨****色****力** | □正常□色盲□色弱 | 听力 | 左 |  |
| 矫正视力 | 左 |  | 右 |  | 右 |  |
| 有无精神病、癫痫、眩晕、突发性昏厥及其它妨碍本项目作业的疾病和生理缺陷 | □无 □有 | （骑缝章） |
| **检查结果：**医师签名： 年 月 日   |