|  |
| --- |
|  |

**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |