**苏州市特种设备作业人员审核发证体检表**

工种： 日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  |  | 性别 |  | 身份证号 |  | 照片（2寸白底） |
| 所在单位 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | 手 机 |  |
| 文化程度 |  | 本工种工龄 |  | 邮 编 |  |
| 考核成绩 | 理论成绩： | 实考成绩： |
| 本人委托培训单位 同志办理审核发证申请及领证手续。申请人签字： |
| **体 格 检 查 表** |
| 内科 | 心 |  | 眼科 | 视 力 | 左 |  |
| 肺 |  | 右 |  |
| 血压 |  | 辨色力 |  |
| 神经 |  | 医生签字： |
| 腹部 |  | 耳科 | 听 力 | 左 |  |
| 其他 |  | 右 |  |
| 医生签字： | 医生签字： |
| 有无其他疾病 如癫痫病、精神病 |  | 医院体检意见 |  （医院盖章） 日期： |
| 胸透 |  |
| 一般不作胸透，医生认为需要时进行 |

注：1、申请者必须年满18周岁，具有相应的文化程度。