**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。